

再審査申出書

平成 年 月 日

長野県国民健康保険診療報酬審査委員会 御中

保険医療機関等
所在地・名称
開設者氏名
電話番号

印

下記の理由により、診療（調剤）報酬明細書の再審査を申し出いたします。

1	1=医科 3=歯科 4=調剤 6=訪看	医療機関等 コード																旧総合病院 診療科
2	診療年月	平成	年	月	請求年月	平成	年	月	入外区分	1 入院	2 外来							
3	保険者番号								記号・番号									
	後期保険者番号	3	9						被保険者番号									
4	公費負担者番号								受給者番号									
5	フリガナ							性別	生年月日									
	被保険者名							1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成	年	月	日						
6	請求点数	点						食事療養費	円									
7	再審査が処方せんに係る投薬の場合						薬局コード											
							薬局の名称											
8	減点箇所 (No.)	減点点数			減点内容													
	1																	
	2																	
	3																	
再審査申し出理由																		
国保連合会使用欄		<input type="checkbox"/> 復活 <input type="checkbox"/> 一部復活 <input type="checkbox"/> 原審 <input type="checkbox"/> 保留																
再審査結果		審査委員																

※該当項目を記入または○で囲んでください。

※レセプト1件につき、本申出書1枚を作成してください。

※申出書は押印のうえ、下記の送付先へ提出してください。

送付先 〒380-0871 長野市西長野加茂北143-8 長野県自治会館内
長野県国民健康保険団体連合会

再審査対象種別

- 1 一次審査
- 2 突合
- 3 保険者