再 審 査 申 出 書

平成　　年　　月　　日

福井県国民健康保険診療報酬
審 査 委 員 会　御中

医療機関コード
保険医療機関の
所在地及び名称
（電　話）
開設者　氏名　　印

下記について再審査の申し出をします.

患 者 氏 名		診 療 科 目	科		
保 険 者 番 号		記 号 ・ 番 号			
老健市町村番号 公費負担者番号		受 給 者 番 号			
診療年月	年　月分	保険種別	国保〔 一般 退職 〕・老健	入外区分	入院・入院外
請求年月	年　月	請求点数		減点点数	

申出理由