平成　　年　　月　　日

再　審　査　請　求　書

秋田県国民健康保険診療報酬
審　査　委　員　会　会　長　　様

医療機関コード	

保険医療機関の 所在地及び名称	

患者氏名		診療年月	年　　月分	入・外	診療科目	科
保険者名		公費・福祉の有無				
保険者番号		負担者番号				
記号番号		受給者番号				

上記の者について、下記の理由により再審査の請求を行います。

記

査定点数及び査定内容		請求点数	
再審査請求理由	内訳	1	一次審査による査定
		2	保険者提出による査定
		3	調剤突合による査定
			受　付
担当医師	印		
再審査結果　原　審　通　り　・　復　活　（　全　部　・　一　部　）			