

保険医療機関の所在地
及び名称
開設者氏名
電話番号

印

再審査申請
取下げ依頼 についてこのことについて、国民健康保険法施行規則第30条の規定に基づき
関係書類を添付して下記のとおり再度の考案を求めます。

| | | | | | | | |
|---------|-----------|---------|----|---|-----|---|----|
| 診療年月 | 平成 年 月診療分 | 法制 | 25 | ・ | 67 | ・ | 27 |
| 保険者名 | | 被保険者名 | | | | | |
| 老人市町村番号 | | 記号・番号 | | | | | |
| 老人受給者番号 | | 公費負担者番号 | | | | | |
| 入外区分 | 入院 ・ 外来 | 請求点数 | | | 診療科 | | |
| 申 立 理 由 | | | | | | | |
| | | | | | | | |

再審査部会決定

| |
|--|
| |
|--|

審査委員会決定

| |
|--|
| |
|--|

| 再審査結果 | 区分 | 記号 | 増減点数(金額) | サイン | 区分 | 記号 | 増減点数(金額) | サイン |
|-------|----|----|----------|-----|----|----|----------|-----|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |