

国民健康保険・後期高齢者医療

平成 年 月 日

明細書写の有無
有・無

保険医療機関の
所在地及び名称
開設者氏名
電話番号

熊本県国民健康保険
診療報酬審査委員会 御中

再審査申出について

診療報酬請求明細書のうち、下記の患者にかかわる審査結果について疑義がありますので、再審査の申出をいたします。

記

保険者番号		法制		医療機関コード	
被保険者証の記号番号		本人 家族	診療 年月	年 月	1 医科 3 歯科 4 調剤 () 入院 外来
フリガナ				公費負担者番号 市町村番号	
被保険者名					
総請求点数		総減点点数		受給者番号	
1 一次審査 2 再審査 3 調剤突合(薬局名:)				診療科	
増減点	A 適応と認められないもの B 過剰と認められるもの C 重複と認められるもの				
事由	D 前各号の外不適當(疑義解釈通知等に照らして不適當なものを含む)又は不必要と認められるもの				
査定内容					
再審査申出理由					
決定	復活				受付年月日
	一部復活				
	原審通り				