

再 審 査 等 請 求 書

年 月 日

岩手県国民健康保険団体連合会 御中

保険医療機関等の所在地及び名称	
開設者氏名	
電話番号	
担当者名	

再審査

下記理由により、診療報酬等明細書を
取下げ 願います。

1	都道府県コード	03	点数表	1 医科	5 柔整	保険医療機関等コード (柔道整復施術所は登録記号番号)		診療科		科	
2	診療年月	年	月	請求年月	年	月	明細書種別	1 単独	2 併用		
3	明細書区分	1 本人・入院	3 未就学者・入院	5 家族・入院	7 高齢者一般・入院	9 高齢者7割・入院	2 本人・入院外	4 未就学者・入院外	6 家族・入院外	8 高齢者一般・入院外	0 高齢者7割・入院外
4	保険者番号							記号・番号			
5	公費負担者番号							受給者番号			
6	被保険者氏名(カナ)						生年月日			性別	
	被保険者氏名(漢字)						明昭	年	月	日	1 男 2 女
7	請求点数(金額)						点(円)				
8	再審査等対象種別	1 一次審査	2 突合再審査	3 再審査	対象が突合再審査の場合、相手方薬局のコード						
9	減点点数(金額)	減点事由及び箇所			減点内容						
	点(円)										
10	請求理由										

- ※ 診療報酬等明細書1枚につき1枚の再審査等請求書を作成してください。
- ※ 取下げの場合は1～7及び10、再審査の場合は該当箇所すべてを記載してください。
- ※ 再審査の場合で請求理由欄が不足の場合は、別紙へ記載してください。
- ※ 20日までに郵送または持参にて提出してください。(FAX不可)
- ※ 査定による病名追加等を理由とした取下げはできません。

