

再審査申立書（医科・歯科）

平成 年 月 日

宮城県国民健康保険診療報酬審査委員会 御中

保険医療機関コード

--	--	--	--	--	--	--	--

保険医療機関の
所在地及び名称
請求者氏名
電話番号

①

下記のとおり、再審査の申立をします。

点数表		診療年月		請求(調整)年月		診療科		給付割合	
医科	歯科	年	月	年	月			10・9・8・7	
明細書	1本入・3六入・5家入・7高入一・9高入8				再審査等対象種別				
区分	2本外・4六外・6家外・8高外一・0高外8				1一次審査・2調剤審査・3再審査				
再審査等対象種別 が調剤審査のとき		保険薬局コード							
		保険薬局名称							
保険者名				保険者番号					
フリガナ				被保険者証 記号番号					
患者氏名									
市町村番号				受給者番号					
公費負担者番号				生年月	M・T・S・H	年	月	性別	男・女
申立 日数	請求点数			点	一部負担金			円	
	食事療養費			円	標準負担額			円	
減点項目		減点点数		減点内容					
				点					
申立事由									

※ 診療報酬明細書の返戻依頼としての使用は不可。

(FAX不可)