

再 審 査 申 出 書

山形県国民健康保険診療報酬審査委員会 行

平成 年 月 日

保険医療機関等の
所在地及び名称
開設者氏名
電話番号

印

FAX申出不可

下記理由により、診療報酬等明細書の審査決定について再審査申出いたします。

医療機関(薬局)コード										レセプト 請求診療科		科					
明細 区分	入院 請求区分	1 本入	3 六入	5 家入	7 高一入	9 高7入	出来高 / DPC										
	入院外 請求区分	2 本外	4 六外	6 家外	8 高一外	0 高7外	請求媒体	紙 / 電子									
診療年月	4 平成			年			月	請求点数				点					
請求年月	4 平成			年			月	請求食事・ 生活療養費				円					
対象種別	1 一次審査 2 調剤審査 3 再審査							審査結果通知年月日									
院外処方先 調剤薬局コード								4 平成			年		月		日		
保険者番号								保険種別	1 国保 3 後期 4 退職								
被保険者記号								被保険者番号									
フリガナ								明細種別	1 単独 2 併用								
患者氏名								生年月日	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成								
											年			月		日	
減点箇所	減点事由	減点点数	減 点 内 容														
【 再 審 査 申 出 理 由 】																	
山形県国保連合会使用欄																	
送信年月日								送信回	1	返付理由	1	通番		取下理由		明細写有無	

再審査申出書の提出は、毎月末締切(必着)で、翌月1日以降の到着分は翌月扱いとなります。
また、審査結果通知受領確認後6カ月以内でお願いいたします。