

再審査依頼書

令和 年 月 日

群馬県国民健康保険診療報酬審査委員会長 様

保険医療機関等の
所在地及び名称
開設者氏名
電話番号

下記の理由により、診療報酬明細書等を再審査願います。

点数表	医科 歯科 調剤 訪問	保険医療機関 等コード		旧総合病院 診療科			
診療年月 (和暦)	年 月	審査年月 (和暦)	年 月	保険制度	国保 退職 後期	入外区分	入院 外来
申出種別	一次審査 再審査 突合審査 (※)	※左記の申出種別が突合審査の場合 処方せんを調剤した保険調剤薬局 (増減点返戻通知書又は過誤・再審査 結果通知書の備考欄をご確認ください)		保険調剤 薬局コード			
				保険調剤 薬局名称			
保険者番号		(証) 記号		(証) 番号			
フリガナ		生年月日	1.明 2.大 3.昭 4.平 5.令	年 月 日			
被保険者氏名							
請求点数(金額)		点(円)	査定減点数(金額)		点(円)		
再 審 査 依 頼	再審査依頼対象及び査定事由(A~D)						
	再審査依頼理由						
審査 委員会 使用 結果	<input type="checkbox"/> 原審 <input type="checkbox"/> 復活 <input type="checkbox"/> 返戻	コ メ ン ト					