

再審査等申出書

令和 年 月 日

香川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

下記理由により、診療報酬明細書の 1 再審査 2 取り下げ を願います。

1	表別	1 医科 3 歯科	4 調剤 6 訪問	医療機関等コード			旧総合病院 診療科				
2	診療 年月	年 月分	請求 (調整) 年月	年 月	保険 区分	1 国保 2 公費 3 後期 4 退職 5 家入	1 本入 2 本外 3 六入 4 六外 5 家入	6 家外 7 高入一 8 高外一 9 高入7 0 高外7	再審査等 対象種別	1 一次審査 2 再審査 (処方箋によるもの) 3 再審査	
3	処方箋による再審査の時 《相手方薬局》				調剤薬局コード	(府県)					
					調剤薬局の名称						
4	保険者番号				被保険者証記号・番号						
	公費負担者番号				公費受給者番号						
6	フリガナ				生年 月 日	1 明治 2 大正	3 昭和 4 平成 5 令和	年 月 日		写しの有無 1 有 2 無	
7	当初請求点数(金額)		点(円)		一部負担金		円				
	決定点数(金額)		点(円)								
	当初食事療養請求金額		円		標準負担額	円		診療実日数	日		
	決定金額		円				食事実日数	日			
8	NO.	減点点数(金額)	増減事由		減点内容						
	1	点(円)									
	2										
	3										
	4										
	5										
請求事由											
備考								連合会処理No			