

再 審 査 等 申 出 書

平成 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	請求 (調整) 年月	年 月	保険 区分	1 国保 2 公費 3 後期 (老人) 4 退職	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 (処方箋以外によるもの)
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				記号・番号					
5	市町村番号				老人受給者番号					
	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 3 昭和 2 大正 4 平成	年 月 日		写しの有無
	患者氏名									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										