平成 年 月 日

新潟県国民健康保険団体連合会 御中

|  |  |
| --- | --- |
| 保険医療機関所在地・名称開設者　　　電話番号 |   |
|  　　　下記の診療報酬明細書の | １＝ 再審査 | 願います。（該当項目を○で囲んで下さい。） |
| ２＝ 取下げ |
| １ |  | １＝医科 　６＝訪問３＝歯科 　７＝柔整４＝調剤 　８＝社単 | 医療機関等コード |   |  |  |  |  |  |  | 旧総合病院科　別　　　 |  科 |
| ２ | 診療年月 | 年 月 | 請求年月 |  年 月 | 入外区分 | 入院外来 | 給付割合 | 割 |
| ３ | 明細書区分 |  一般　・　70歳以上一般、低所得・上位・　6歳  退職（本人・扶養）　・　（　　　　　）　　　　　 |  後期高齢者 |
| ４ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 　　　　　　　 |
| ５ | 公費負担者番号（市町村番号） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ６ | フリガナ | 　　　　　　 |  | 性 別 |
| 患者氏名 | 　　　　　　 | 1 明治 2 大正3 昭和 4 平成 |  年 月 日 | 1．男2．女 |
| ７ | 請求点数（決定点数） | 　　　　　　　　　点 | 食事療養費　　　　　 | 円 |
| ８ | 再審査等対象種別 | １一次審査 2 調剤審査　３再審査 |  |  年 　 月 |
| ９ |  |  |  |
|  |  |
| 10 | № | 減点点数(金額) | 減点事由及び箇所 | 減 点 内 容 |
| ① | 点(円) |  |  |
| ② | 点(円) |  |  |
| ③ | 点(円) |  |  |
|  請求理由 （必ずご記入ください。） |

* 取下げの場合は、左端にある番号の１~７及び請求理由欄を必ずご記入ください。　　　H20年５月
* 再審査の場合は、該当箇所のすべてをご記入ください。