

再 審 査 等 請 求 書

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 3 = 歯科 4 = 調剤	6 = 訪問 7 = 柔整 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	保険者番号					記号・番号	
5	公費負担者番号 (市町村番号)					受給者番号	
6	フリガナ	生 年 月 日				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			対象が再審査の場合 再審査決定年月	年 月	
9	再審査対象種別が 調剤審査時の 「相手方薬局」	薬局コード					
		薬局の名称					
10	No.	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。