

再 審 査 等 請 求 書

令和 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を ① = 再審査 ② = 取下げ 願います。(該当項目を○で囲んで下さい。)

1	1 = 医科 3 = 歯科 4 = 調剤	6 = 訪問 7 = 柔整	医療機関 等コード							診療科目	科
2	診療年月	平成 令和	年 月	請求年月	平成 令和	年 月	入外区分	入院 外来			
3	保険種別	国 保		退 職		後期高齢者					
4	保 険 者 番 号						記号・番号 ※ 枝番記載不要				
5	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 5 令和			年 月 日		1. 男 2. 女
6	請求点数	点(円)		食事療養費		円					
7	再審査等対象種別		1 一次審査 2 突合審査 (一次審査・再審査) 3 再審査								
8	対 象 種 別 が 突 合 審 査 時 の 「 相 手 方 薬 局 」		薬局コード								
			薬局の名称								
9	No.	減点点数(金額)	箇所	事由	減 点 内 容						
	①	点(円)									
	②	点(円)									
	③	点(円)									
10 請求理由 (必ずご記入ください。出来るだけ詳細にご記入ください。)											

注1 6. 請求点数は、査定等により点数が変更になった場合でも請求時の点数をご記入ください。
注2 取下げの場合は、左端にある番号の1～6及び10を必ずご記入ください。
注3 再審査の場合は、該当箇所をすべてご記入ください。