

平成 年 月 日

福岡県国民健康保険診療報酬審査委員会 会長 殿

医療機関(薬局)コード

--	--	--	--	--	--	--	--

保険医療機関(薬局)

の所在地及び名称

開設者氏名

電話番号

印

再審査申立について

診療報酬明細書のうち、下記患者にかかる審査結果について疑義がありますので、再審査申し立てをいたします。

記

年 月診療分											
保険者番号				記号				番号 (被保険者番号)			
公費負担者番号						受給者番号					
患者氏名			入外区分			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	
生年		M T S H 年		性別		1 男	2 女	診療科名			
調剤報酬請求に係る再審査 の場合、相手方薬局		薬局コード				薬局名					
【再審査申立事項】								再審査申立点数			
1. 内容(再審査結果・増減点通知書の内容を記載してください)											
箇所	事由	減点点数(金額)		減点内容							
2. 再審理由											
										受付年月日	

- (注) 1. 診療報酬明細書1件につき1枚で提出してください。
2. 当該査定箇所にかかる再審査結果・増減点通知書の写し(A4版)の添付をお願いします。