

再 審 査 等 請 求 書

平成____年____月____日

鹿児島県国民健康保険団体連合会 様

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を **再審査** **取下げ** 願います。

※いずれかに○をしてください。

1	点数表	1 医科 3 歯科 4 調剤 6 訪問看護	医療機関 等コード		旧総合病院 診療科		
2	フリガナ 患者氏名		明細書 区分	1 入院 2 外来	1 国保 2 退職 3 老人 4 後期高齢者	再審査等 対象種別	1 一次審査 2 調剤審査 3 再審査
3	再審査等対象種別が 調剤審査のとき 相手方調剤薬局 (医療機関)等	調剤薬局(医療機関)等コード		調剤薬局(医療機関)等の名称			
4	保険者番号					記号・番号 被保険者番号	
5	公費負担者番号 市町村番号					受給者番号	
6	診療年月	請求点数	減点点数	事由	減点内容		
	年 月	点	点				
	年 月	点	点				
	年 月	点	点				
請求理由							
備考							
国保連合会使用欄				査定	有り・無し	処理	済み・未