

再 審 査 等 請 求 書

令和\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

鹿児島県国民健康保険団体連合会 御中

保 険 医 療 機 関 等 の  
所 在 地 及 び 名 称  
開 設 者 氏 名  
電 話 番 号

※1

下記理由により診療報酬明細書を

**1 再審査** **2 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		診療科	
2	フリガナ		性別	明細書区分		対象種別
	患者氏名	1 明 2 大 3 昭 4 平 5 令 . . 生	1 男 2 女	1 入院 2 外来	1 国保 2 退職 3 後期高齢者	1 一次審査 2 再審査
3	処方せんを調剤した保険薬局		調剤薬局コード			
			調剤薬局の名称			
4	保険者番号				記号・番号 被保険者番号	
5	公費負担者番号				受給者番号	
6	診療年月	請求点数	減点点数	事由	減点内容	
	4平成	※2 点	点			
	年 月		点			
5令和	点					
7	【再審査依頼理由】					
8	【取下げ理由】該当する理由を選択して○をしてください。					
	1 記載事項不備のため                      2 傷病名等記載不備のため                      3 医薬品・診療項目等の記載不備のため 4 資格関係、請求手続きの誤りのため    5 労災保険への請求先変更のため    6 自賠責保険への請求先変更のため 7 公費負担医療との併用に変更のため    8 公費実施機関からの再審査請求のため 9 その他（理由）					
備考						
国保連合会使用欄			査定	有・無	処理	済・未

※1 審査結果に係るものは「取下げ」ではなく「再審査」により申し出てください。

※2 「請求点数」欄は請求時（減点前）の点数を記載してください。