

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

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。

※1 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(退職) 2 後期高齢者	1 一次審査 2 再審査
3	処方箋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・枝番 被保険者番号	(枝番)	
5	公費負担者番号			受給者番号		
6	診療年月	請求年月	請求点数	減点点数	事由	減点内容
	4 平成	4 平成	※2	点		
	年 月診療分	年 月請求	点	点		
	5 令和	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。