

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 再審査 取下げ 願います。

※1 いずれかに✓を付けてください。

※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。

1	点数表	<input type="checkbox"/> 医科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 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	. . 生			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	<input type="checkbox"/> 国保(退職) <input type="checkbox"/> 後期高齢者	<input type="checkbox"/> 一次審査 <input type="checkbox"/> 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 被保険者番号						
5	公費負担者番号				受給者番号						
6	診療年月		請求年月		減点点数	事由	減点内容				
	令和	令和	点								
	年 月 診療分	年 月 請求	点								
	請求点数				点						
					点 ※2	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✓を付けてください。										
	<input type="checkbox"/> 記載事項不備のため(減点箇所を除く)					<input type="checkbox"/> 傷病名等記載不備のため(減点箇所を除く)					
	<input type="checkbox"/> 医薬品・診療項目等の記載不備のため(減点箇所を除く)					<input type="checkbox"/> 資格関係、請求手続きの誤りのため					
	<input type="checkbox"/> 労災保険への請求先変更のため					<input type="checkbox"/> 自賠責保険への請求先変更のため					
	<input type="checkbox"/> 公費負担医療との併用に変更のため					<input type="checkbox"/> 公費実施機関からの再審査請求のため					
備考											
国保連合会使用欄				査定		有・無		処理		済・未	