

保険医療機関等の  
所在地及び名称  
開設者氏名  
電話番号

## 再 審 査 等 請 求 書

再審査  
下記理由により、診療報酬明細書を 願います。  
取下げ

|   |                    |                                   |                |     |           |                              |               |             |              |                |  |  |
|---|--------------------|-----------------------------------|----------------|-----|-----------|------------------------------|---------------|-------------|--------------|----------------|--|--|
| 1 | 点数表                | 1.医科 3.歯科 4.調剤<br>5.重度6.ひとり親 9.訪問 | 医療機関<br>等コード   |     |           |                              |               |             |              | (旧)総合病<br>院診療科 |  |  |
| 2 | 診療<br>年月           | 年 月                               | 請求年月<br>(調整年月) | 年 月 | 明細書<br>区分 | 1.一般 2.退職<br>3.老健 4.後期       | 1.入院 2.外来     | 再審査<br>対象種別 | 1.一次審査 2.再審査 |                |  |  |
| 3 | 保険者番号              |                                   |                |     |           | 記号・番号<br>被保険者番号              |               |             |              | 枝番             |  |  |
| 4 | 公費負担者番号<br>(市町村番号) |                                   |                |     |           | 受給者番号                        |               |             |              |                |  |  |
| 5 | フリガナ               |                                   |                |     |           | 生 年 月 日                      | 老健・後期(税区分)    |             |              |                |  |  |
|   | 患者氏名               |                                   |                |     |           | 1.明 2.大 3.昭 4.平 5.令<br>年 月 日 | 一定以上・一般・低1・低2 |             |              |                |  |  |
|   | 当初請求点数(金額)         |                                   |                |     |           | 点(円)                         | 当初請求一部負担金     | 円           |              |                |  |  |
|   | 当初請求食事療養費          |                                   |                |     |           | 円                            | 当初請求標準負担額     | 円           |              |                |  |  |
| 6 |                    | 減点点数(金額)                          | 減点事由及び箇所       |     | 減 点 内 容   |                              |               |             |              |                |  |  |
|   | ①                  | 点(円)                              |                |     |           |                              |               |             |              |                |  |  |
|   | ②                  |                                   |                |     |           |                              |               |             |              |                |  |  |
|   | ③                  |                                   |                |     |           |                              |               |             |              |                |  |  |
|   | ④                  |                                   |                |     |           |                              |               |             |              |                |  |  |
|   | ⑤                  |                                   |                |     |           |                              |               |             |              |                |  |  |

請求理由

備 考

1. 申出は、診療報酬明細書1枚につき1枚の再審査申出書を作成して下さい。
2. 各通知票・通知書等の写しを添付願います。
3. 再審査の申出は、各通知票・通知書等がお手元に届いてから**6ヵ月以内**に行ってください。
4. 提出方法は個人情報の関係上、必ず**郵送**でお願いいたします。(FAX不可)