令和　　年　　月　　日

北海道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

再審査等請求書

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	点数表	1.医 科　3.歯 科 4.調 剤　9.訪 問	医療機関等コード								再審査等対象種別	1.一次審査　2.再審査

2	診療年月	令和			年			月	請求年月（調整年月）	令和			年			月	明細書区分	1.一般　2.後期	1.入院　2.外来

3	保険者番号									

4	被保険者等記号		番号											枝番	

5	フリガナ		生年月日	2.大正　3.昭和　4.平成　5.令和										
	患者氏名					年			月				日	

6	当初請求点数（金額）									点（円）	当初請求一部負担金								円

7	突合査定における相手方薬局コード								薬局名称		

8		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

連合会使用欄

１．申出は、診療報酬明細書１枚につき１枚の再審査等請求書を作成して下さい。
２．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**に行って下さい。また、各通知票・通知書等の写しを添付願います。
３．提出方法は個人情報保護の方針により、ＦＡＸは不可です。