

# 再審査依頼書

令和 年 月 日 作成

青森県国民健康保険団体連合会 行

医療機関等 名称	
電話番号	( ) -
担当者	内線 ( )

下記理由により、診療報酬等明細書を **再審査** 願います。

1	点数表 <input type="checkbox"/> 1 医科 <input type="checkbox"/> 3 歯科 <input type="checkbox"/> 4 調剤 <input type="checkbox"/> 6 訪問	医療機関等コード				再審査等 対象種別 <input type="checkbox"/> 1 一次審査 <input type="checkbox"/> 2 突合審査 <input type="checkbox"/> 3 再審査	保 険 種別 2 <input type="checkbox"/> 1 単独 <input type="checkbox"/> 2 併用
2	診療等年月 <input type="checkbox"/> 4 平成 年 月 <input type="checkbox"/> 5 令和		請求年月 <input type="checkbox"/> 4 平成 年 月 <input type="checkbox"/> 5 令和		本人・家族 <input type="checkbox"/> 1 本入 <input type="checkbox"/> 3 六入 <input type="checkbox"/> 5 家入 <input type="checkbox"/> 7 高入一 <input type="checkbox"/> 9 高入7 <input type="checkbox"/> 2 本外 <input type="checkbox"/> 4 六外 <input type="checkbox"/> 6 家外 <input type="checkbox"/> 8 高外一 <input type="checkbox"/> 0 高外7		
	再審査等対象種別が【2 突合審査】 のとき、処方箋を調剤した保険薬局		薬 局 コード等	都道府県番号	点数表 4	薬局コード	
4	保険者番号				記号・番号		(枝番)
	【後期用】 保険者番号	3	9		【後期用】 番 号		
5	フリガナ	生年月日					
	患者氏名	<input type="checkbox"/> 1 明治 <input type="checkbox"/> 2 大正 <input type="checkbox"/> 3 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 4 平成 <input type="checkbox"/> 5 令和					
6	請求点数 (金額)	点 (円)					
7	No.	減点点数 (金額)	減点 事由	減点 箇所	減点内容		
	①	点 (円)					
	②	点 (円)					
	③	点 (円)					
	④	点 (円)					
	⑤	点 (円)					
8	【再審査依頼理由】 (※傷病名の欠落・記載誤り等による減点査定分は対象となりません。)						