

再 審 査 申 出 書

下記理由により、診療報酬明細書を再審査願います。

平成 年 月 日

医 科	歯 科											入外区分												
調 剤	その他											1 本 入	3 六 入	5 家 入	7 高入一	9 高入7								
												都道府県 医療機関コード 番号 14					2 本 外	4 六 外	6 家 外	8 高外一	0 高外7			
		平成 年 月 分										保険者 番号					給付 割合							
		公負①										被保険者証・被保険者 手帳等の記号・番号												
		公負②																						
氏 名											特 記 事 項					保 險 医 住 所								
	1 男 2 女 1明 2大 3昭 4平 ・ ・ 生															療 機 関 の 所 在 医 療 機 関 名 称								
															名 称 TEL (床)									
増減点・返戻通知書 過誤・再審査結果通知書 の日付 平成 年 月 日										調剤薬局との突合審査の場合					診療実日数					当初請求点数				
										薬局コード					日					点				
										薬局名称														
減点または増点内訳															減点または 増点点数									
															点									
申し出の理由																								