

平成 年 月 日

福岡県国民健康保険診療報酬審査委員会 会長 殿

医療機関(薬局)コード

--	--	--	--	--	--	--

保険医療機関(薬局)

の所在地及び名称

開設者氏名

印

電話番号

再 審 査 申 立 に つ い て

診療報酬明細書のうち、下記患者にかかる審査結果について疑義がありますので、
再審査申し立てをいたします。

記

年 月診療分																						
保険者番号													記号			番号 (被保険者番号)						
公費負担者番号																受給者番号						
患者氏名							入外区分	1 本入	2 本外	3 六入	4 六外	5 家入										
								6 家外	7 高入一	8 高外一	9 高入7	0 高外7										
生年	M	T	S	H	年		性別	1 男	2 女	診療科名												
調剤報酬請求に係る再審査 の場合、相手方薬局		薬局コード											薬局名									
【再審査申立事項】														再審査申立点数								
1. 内容(再審査結果・増減点通知書の内容を記載してください)																						
箇所	事由	減点点数(金額)		減点内容																		
2. 再審理由																						
																		受付年月日				

- (注) 1. 診療報酬明細書1件につき1枚で提出してください。
2. 当該査定箇所にかかる再審査結果・増減点通知書の写し(A4版)の添付をお願いします。