

診療（調剤）報酬明細書等再審査申立書

医療機関（薬局）コード*	0	8																		
保険医療機関（保険薬局）名																				
診療科（旧総合病院の場合）																				
診療年月	平成		年		月		診療分													
一般・退職 保険者番号																				
後期高齢者保険者番号	3	9																		
被保険者証記号番号	記号				番号															
老人保健該当の場合	市町村番号	2	7																	
保険種別 （該当番号を○で囲む）	1. 本人入院 2. 本人外来 3. 6(3)歳入院 4. 6(3)歳外来 5. 家族入院 6. 家族外来 7. 高入-(9)割 8. 高外-(9)割 9. 高入7(8)割 0. 高外7(8)割																			
患者氏名																				
請求点数	点																			
減点点数	減点理由																			
① 点																				
② 点																				
③ 点																				
申立理由																				

上記診療（調剤）報酬明細書の再審査を申立いたします。

依 頼 日 平 成 年 月 日 付

保険医療機関（保険薬局）名

依頼者名（開設者または管理者）

