

再 審 査 申 出 書

平成 年 月 日

広島県国民健康保険診療報酬
審 査 委 員 会 様

医療機関コード _____

保険医療機関等の
所在地及び名称
開設者氏名
電話番号

㊞

次の理由により、再審査をお願いします。

表 別	1 医科 3 歯科 4 調剤 6 訪問	旧総合病院 診療科	科	再 審 査 の 対 象 種 別	1 一次審査 2 調剤報酬請求審査(院外処方) 3 再審査
診 療 年 月	平成 年 月	増減・再審査等 通知書年月日	平成 年 月 日付	明 細 書 区 分	1本入 3六入 5家入 7高入— 9高入7 2本外 4六外 6家外 8高外— 0高外7
再 審 査 対 象 種 別 が 調 剤 報 酬 請 求 審 査 の ど き 「 相 手 方 薬 局 」	薬 局 コー ド	薬 局 の 名 称			
市 町 村 番 号		保 険 者 番 号			
受 給 者 番 号		記 号 番 号			
第 一 公 費 負 担 者 番 号		第 二 公 費 負 担 者 番 号			
受 給 者 番 号		受 給 者 番 号			
フ リ カ ナ 患 者 氏 名		生 年 月 日	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成	年 月 日	
当 初 請 求 点 数 (金 額)		点(円)			
No.	減 点 点 数 (金 額)	増 減 事 由 及 び 箇 所	減 点 内 容		
①					
②					
③					
④					
⑤					
再 審 査 申 出 理 由					