

再審査等請求書

年 月 日

岩手県国民健康保険団体連合会 御中

保険医療機関等の所在地及び名称	
開設者氏名	
電話番号	
担当者名	

再審査
下記理由により、診療報酬等明細書を
願います。
取下げ

1	都道府県コード	03	点数表	1 医科 3 歯科 4 調剤	5 柔整 6 訪問	保険医療機関等コード (柔道整復施術所は 登録記号番号)		診療科	科
2	診療年月	年	月	請求年月	年	月	明細書種別	1 単独 2 併用	
3	明細書区分	1 本人・入院 2 本人・入院外	3 未就学者・入院 4 未就学者・入院外	5 家族・入院 6 家族・入院外	7 高齢者一般・入院 8 高齢者一般・入院外	9 高齢者7割・入院 0 高齢者7割・入院外			
4	保険者番号						記号・番号		
5	公費負担者番号						受給者番号		
6	被保険者氏名(カナ)						生年月日	性別	
	被保険者氏名(漢字)						大昭 平令	年 月 日 1 男 2 女	
7	請求点数(金額)			点 (円)					
8	再審査等対象種別	1 一次審査	2 突合再審査	3 再審査	対象が突合再審査の場合、 相手方薬局のコード				
9	減点点数(金額)	減点事由及び箇所	減点内容						
	点(円)								
10	請求理由								

- ※ 診療報酬等明細書1枚につき1枚の再審査等請求書を作成してください。
- ※ 取下げの場合は1～7及び10、再審査の場合は該当箇所すべてを記載してください。
- ※ 再審査の場合で請求理由欄が不足の場合は、別紙へ記載してください。
- ※ 20日までに郵送または持参にて提出してください。(FAX不可)
- ※ 査定による病名追加等を理由とした取下げはできません。

別紙

保険医療機関等コード (柔道整復施術所は登録記号番号)	
保険医療機関等名称	

保険者番号												記号・番号				
診療 年月	年	月	被保険者 氏名					性別		生年 月日	大昭 平令	年	月	日		

再審査請求理由