

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																
保険者番号又は 後期高齢者医療の保険者番号						記号・番号 (被保険者番号)										
公費負担者番号又は 老人保健市町村番号						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【増減点通知書(票)の内容を申し立てされるもののみ、そのまま写してください】																
2. 再審理由																
										受付年月日						

- (注) 1. 再審査申立1件毎に1枚で提出してください。  
2. できるだけ明細書の写しの添付をお願い致します。  
添付されない場合は審査結果が遅れることがあります。