

再審査申し出書

平成 年 月 日

奈良県国民健康保険団体連合会
診療報酬審査委員会 御中

医療機関コード
(調剤薬局)
保険医療機関等の
所在地及び名称

表別コード

1	医科
3	歯科
4	調剤

電話番号

保険者番号	種別	一般	退職 本・扶	前期 高齢	後期高齢	6才 未満
記号・番号	入 区	外 分	入院	外来	国保老健	3才 未満
公費負担番号	診療月	平成	年	月分	給付 割合	割
市町村番号 (老人保健)	受給者番号					
患者名	(実日数) 請求点数	(日) 点				
(食事回数) 食事療養費	(回) 円	減点点数(金額)	点(円)			
調剤薬局との 突合審査分 「相手方薬局」	調剤薬局コード (府県名)	調剤薬局の名称	再審査等 対象種別	1.一次審査 2.再審査 3.調剤突合審査 4.中央審査		

*各項目についてすべて記載してください。

【査定内容】

【再審査請求理由】

* 査定内容、再審査請求理由については詳細に記載してください。

再審査申し出書

平成 年 月 日

奈良県国民健康保険団体連合会
診療報酬審査委員会 御中

表別コード 1 医科 3 歯科 4 調剤	種別については、必ず該当箇所に○をつけて下さい。		医療機関コード(調剤薬局) 保険医療機関等の所在地及び名称		医療機関(調剤薬局)コード・保険医療機関等の名称は必ず記載してください。		後期高齢	6才未満
	保険者番号	保険者番号・記号番号・市町村番号(老人保健)・受給者番号(老人保健)・患者名・請求点数は必ず記入をお願いします。	種別	一般	退職本・扶	前期高齢	国保老健	3才未満
記号・番号	入区分		入院	外来	給付割合	割合		
公費負担番号		診療月	平成	年	月分	診療科		
市町村番号(老人保健)	調剤レセプトとの突合審査にて減点(査定)がある場合には、対象調剤薬局コードを記載してください。	受給者番号	診療月は必ず記載してください。					
患者名		受給者番号	(実日数)	(日)	請求点数	点		
(食事回数) 食事療養費	回) 円	減点点数(金額)					点(円)	
調剤薬局との突合審査分「相手方薬局」	調剤薬局コード(県名)	再審査等対象種別	1.一次審査 2.再審査 3.調剤突合審査 4.中央審査					
	調剤薬局の名称							

*各項目についてすべて記載してください。

【査定内容】

減点(査定)対象となった審査を記入してください

【再審査請求理由】

* 査定内容、再審査請求理由については詳細に記載してください。