

再 審 査 依 頼 書

平成 年 月 日

群馬県国民健康保険診療報酬審査委員会長 様

保 険 医 療 機 関 等 の
所 在 地 及 び 名 称
開 設 者 氏 名
電 話 番 号

下記により、診療報酬明細書の再審査をお願いします。

点数表 の 別	医科 歯科 調剤 訪問	医療機関 等コード			診 療 科			
診療 年月	年 月	保険 種別	国保一般	退職本人	退職家族	後期高齢者	入外 の別	入院 外来
再審査等の対象 が 調剤薬局のとき 「相手方薬局」		薬局コード						
		薬局の名称						
保険者番号			記号・番号					
フリガナ 患者氏名								
請求点数 (金額)			点(円)	食事療養費				円
査定減点数 (金額)			点(円)					
再 審 査 申 し 出 事 項 及 び そ の 理 由								
審査委員会 使用欄	審 査 結 果	<input type="checkbox"/> 原審	コ メ ン ト 欄					
	<input type="checkbox"/> 復活							
	<input type="checkbox"/> 返戻							