

# 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

下記のとおり保険給付に関する再度の審査を求めます。

点数表	医科 歯科 調剤 訪問	保険医療機関等コード		旧総合病院診療科			
診療年月	年 月	審査年月	年 月	保険制度	国保 退職 後期	入外区分	入院 外来
申出種別	一次審査 再審査 突合審査(※)	※申出種別が突合審査の場合 処方せんを調剤した保険調剤薬局 (増減点返戻通知書・過誤再審査結果 通知書の備考欄をご参照ください)		保険調剤 薬局コード			
				保険調剤 薬局名称			
保険者番号		(証) 記号		(証) 番号			
フリガナ			生年月日	1.明 2.大 3.昭 4.平	年 月 日		
被保険者氏名							
請求点数(金額)		点(円)	査定減点数(金額)		点(円)		
再 審 査 依 頼	申出対象及び査定事由(A~D)						
	申出理由						
審査委員会使用欄	<input type="checkbox"/> 原審 <input type="checkbox"/> 復活 <input type="checkbox"/> 返戻	コ メ ン ト					