

診療報酬査定に対する再審査請求書

診療月	年	月	診療分	診療科	入外区分	入院・入院外
保険者番号		公費負担者番号				
被保険者番号		受給者番号				
被保険者名 (受診者)		法制		国保一般 ・ 後期高齢者		
査定連絡時期等		増減点返戻通知書			年 月 日付	
		再審査(審査申出)結果通知書			年 月 日付	
		処方せん調剤薬局		薬局コード		
薬局名						
傷病名			診療開始日	請求点数		点
				診療実日数		日
				入院年月日		年 月 日
査定の内容						
再審査理由						

年 月 日

静岡県国民健康保険団体連合会 御中

医療機関コード ()
 保険医療機関の
 所在地・名称
 及び開設者氏名

- ※ 再審査請求の申出は、できる限り早期に行ってください。(原則、査定連絡時期より6ヶ月以内)
- ※ 再審査請求書を提出する場合は、診療録(カルテ)の病名欄の写しと事実欄の写しを添付してください。
- ※ 再審査理由の根拠となる診療録(カルテ)・検査データ・処方せんの写し等を添付してください。