

徳島県国民健康保険団体連合会 御中

保険医療機関等の
所在地および名称

電 話 番 号

再審査申出書

下記理由により、診療報酬等明細書の再審査をお願いします。

通知書の種類	<input type="checkbox"/> 増減点連絡書(増減点・返戻通知書) <input type="checkbox"/> 突合点検結果連絡書 <input type="checkbox"/> 過誤・再審査結果通知書 (年 月 日作成分)		突合審査分	保険調剤薬局コード	
				保険調剤薬局名称	
減点点数(金額)	箇所	内 容			
点(円)					
点(円)					
点(円)					
診療年月	年 月	請求年月	年 月	入外区分	1. 入院 2. 外来
					点数表
					1. 医科 3. 歯科 4. 調剤 6. 訪問 9. 柔整
医療機関等コード				診療科	請求点数(金額)
				<small>※旧総合病院の場合のみ記載</small>	点(円)
保険者番号				記号	番号
公費1負担者番号				公費2負担者番号	
(フリガナ)				性別	1. 男 2. 女
患者氏名				生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成 5. 令和
					年 月 日
【再審査理由】					

(注) レセプト1枚につき申出書1枚を提出ください。

連 合 会 記 入 欄	