

再審査・取下げ依頼書

平成 年 月 日

東京都国民健康保険団体連合会 行

保険医療機関等
所在地及び名称
開設者氏名
電話番号

再審査
下記理由により、診療報酬明細書を
取下げ 願います。

1	点数表	1 医科 4 調剤 3 歯科 6 訪問	医療機関等 コード		旧総合病院 診療科		
2	診療年月	請求(調整)年月	明細書 種類	1 入院	1 国保(00) 2 退職(67) 3 後期(39)	再審査等 対象種別	1 一次審査 2 突合審査 3 再審査
	年 月	年 月		2 外来			
3	処方せんを調剤した保険薬局 (再審査等対象種別が突合審査のとき 分かる範囲で記載願います)			薬局コード	(府県)		
				薬局名称			
4	保険者番号				記号・番号	・	
	【後期用】 保険者番号	3 9			【後期用】 番号		
5	公費負担者番号				受給者番号		
6	フリガナ					生年月日	
	患者氏名					1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成	年 月 日
7	請求点数(金額)	点(円)		院外処方せん発行の有無	1 有 2 無		
8	No	減点点数(金額)	減点事由及び箇所	減点内容			
	①	点(円)					
	②						
	③						
	④						
9	【取下げ理由】 選択し○をして下さい。						
	1. 一部負担金相違のため 2. 社会保険該当のため 3. 労災該当のため 4. 生活保護該当のため 5. 公費該当・非該当のため 6. 給付割合変更のため 7. 制度変更のため 8. 記号番号誤りのため						
	9. 誤請求のため 10. その他(理由:)						
10	【再審査依頼理由】(※病名の欠落・記載誤り等による減点査定分は対象となりません)						