

再 審 査 等 請 求 書

平成 年 月 日

社会保険診療報酬支払基金 _____ 支部 御中

保険医療機関等の
所在地及び名称
開設者氏名
電話番号

下記理由により、診療報酬等明細書を

再審査
取下げ

願います。

1	点数表	1 医科 6 訪問	3 歯科	4 調剤	医療機関等 コード	旧総合病院 診療科					
2	診療 年月	年 月	請求 (調整) 年月	年 月	明細書 区分	1 単独 2 併用 3 老健	1=本人入院 2=本人外来 3=未就学者入院 4=未就学者外来 5=家族入院 6=家族外来 7=高齢者入院一般 8=高齢者外来一般 9=高齢者入院7割 0=高齢者外来7割	再審査等 対象種別	1 一次審査 2 突合再審査 3 再審査		
3	再審査等対象種別が 「2 突合再審査」 のとき、相手方薬局		薬局コード			(都道 府県)					
			薬局の名称								
4	保険者番号						記号・番号	.			
5	公費負担者番号 市町村番号						受給者番号				
6	フリガナ						生 年 月 日		写の有無		
	患者氏名						1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 年 月 日		1 2 有 . 無		
7	請求点数 (金額)	点(円)				一 部 負 担 金		円			
	食事・生活 請求金額	円				標 準 負 担 額	円	※取下げ 理 由			
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										
請求理由											
再審査の結果、下記のとおり決定します。 ※備考											
No.	結 果	原審理由	摘 要								
1	復活・原審										
2	復活・原審										
3	復活・原審										
※基 金 使 用 欄		増減点				請求理由	責 任	請求数	処 理	診療科	再々審

注 「※取下げ理由」欄、「※備考」欄及び「※基金使用欄」については、基金で使用しますので、何も記入しないでください。