

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

下記理由により、診療報酬明細書を
再審査
取下げ
願います。

1	点数表	1 医科 3 歯科	4 調剤 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)	再審査等 対象種別		
	年 月	年 月	2 外来		2 退職(67)	3 後期(39)		1 一次審査 2 突合審査 3 再審査	
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)								