

再審査等請求書

令和 年 月 日

社会保険診療報酬支払基金 _____ 支部
_____ 国民健康保険団体連合会

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

14 カラット金合金の告示価格訂正のため、診療報酬等明細書を調整願います。

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	令和 2年 月	請求 (調整) 年月	令和 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	公費負担者番号等						受給者番号				
6	フリガナ					生年月日			写の有無		
	患者氏名					2 大正 3 昭和 4 平成 5 令和 年 月 日			1 有 2 無		
7	請求点数 (金額)	点(円)				一部 負担金		円			
	食事・生活 請求金額	※1 円		標準 負担額	※1 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											
※2 調整の結果、下記のとおり決定します。					※2 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										
※2 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：※1については、該当なしの場合記載不要。グレー部分及び※2については、審査支払機関で使用しますので、何も記入しないでください。