

福岡県国民健康保険診療報酬審査委員会 会長 殿

医療機関(薬局)コード

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

保険医療機関(薬局)

の所在地及び名称

開設者氏名

電話番号

再審査申立について

診療報酬明細書のうち、下記患者にかかる審査結果について疑義がありますので、再審査申し立てをいたします。

記

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|----|-----------|--|------|--|-------|--|----------------|--|---------|--|-------|--|--|--|
| 年 月診療分 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険者番号 | | | | 記号 | | | | 番号 (被保険者番号) | | | | | | | |
| 公費負担者番号 | | | | | | 受給者番号 | | | | | | | | | |
| 患者氏名 | | 入外区分 | | 1 本入 | | 2 本外 | | 3 六入 | | 4 六外 | | 5 家入 | | | |
| | | | | 6 家外 | | 7 高入一 | | 8 高外一 | | 9 高入7 | | 0 高外7 | | | |
| 生年 | | M T S H R | | 年 性別 | | 1 男 | | 2 女 | | 診療科名 | | | | | |
| 調剤報酬請求に係る再審査 の場合、相手方薬局 | | 薬局コード | | | | 薬局名 | | | | | | | | | |
| 【再審査申立事項】 | | | | | | | | | | 再審査申立点数 | | | | | |
| 1. 内容(再審査結果・増減点通知書の内容を記載してください) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 箇所 | 事由 | 減点点数(金額) | | 減点内容 | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. 再審理由 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | 受付年月日 | | | |

- (注) 1. 診療報酬明細書1件につき1枚で提出してください。
2. 当該査定箇所にかかる再審査結果・増減点通知書の写し(A4版)の添付をお願いします。