令和　　年　　月　　日

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　　印

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】

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）　　再審査申立点数

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。