再審査申出書

令和　　　　年　　　　月　　　日

福井県国民健康保険診療報酬

審　査　委　員　会　　御中

医療機関コード

保険医療機関の

所在地及び名称

（電　　　話）

開 設 者 氏 名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

下記について再審査の申し出をします.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 | |  | | | 診療科目 | 科 | |
| 保険者番号 | |  | | | 記号・番号 |  | |
| 公費負担者番号 | |  | | | 受給者番号 |  | |
| 診療年月 | 年 　月分 | | 保険種別 | 国保・後期 | | 入外区分 | 入院・入院外 |
| 請求年月 | 年　　月 | | 請求点数 |  | | 申出査定  減点点数 |  |
| 申出理由  　※記載例　　査定箇所：60　　査定事由：Ａ　　内容：ＨｂＡ1ｃについて　　国保連合会○○（名前）確認済　　　※  　　　　　　申出理由　＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊　　　　　　　　※ | | | | | | | |