

京都府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

再 審 査 請 求 書

下記理由により、診療報酬明細書を再審査願います。

1	点数表	1 医科 3 歯科 4 調剤 6 訪問看護	医療機関等 コード		旧総合病院 診療科			
2	診療年月	年 月	請求(調整) 年月	年 月	明細書区分	1国保 3後期 4退職	入・外等区分コード(※1)	
	再審査対象種別(※2)		1 一次審査 (様式3-4)		2 調剤突合審査 (様式3-4・様式3-5)		3 再審査 (様式3-5)	添付資料 有 ・ 無
3	再審査対象種別が「2調剤突合審査」のとき、「相手方薬局」(各様式「備考欄」に表示)		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					受給者番号		
6	フリガナ				生年月日	当初請求 点数(金額)		点(円)
	氏名				1明 2大 3昭 4平 5令 年 月 日	当初請求 食事療養費		円
7		減点点数(金額)	減点箇所	減点事由		減 点 内 容		
	①	点(円)						
	②							
	③							
	④							
	⑤							

請求理由

受付印欄

※1 入・外等区分コード

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:高入一 8:高外一 9:高入7 0:高外7

※2 再審査対象種別

様式3-4:増減点・返戻通知書 様式3-5:過誤・再審査結果通知書