

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

印

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)
	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