

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 險 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