

再 審 査 申 出 書

富山県国民健康保険団体連合会審査委員会長 殿

保険医療機関等の名称

印

下記のとおり再審査の申し出をします。

電話番号

御担当者

申出区分	DPC・医科・歯科・調剤・訪問看護・柔整・鍼灸	入外区分	入院・外来・突合審査
機関コード		突合審査のときは処方箋を調剤した相手方薬局の記載もお願いします。	
診療年月	平成 年 月		
保険者番号		薬局コード	
記号・番号		薬局名	
氏名(カナ)		請求点数(金額)	点(円)
氏 名		査定点数(金額)	点(円)
		食事・生活療養査定金額	円
申出理由(別紙でも結構です。)			
審査結果	1 原審どおり	2 復活	3 その他