

再 審 査 依 頼 書

令和 年 月 日 作成

青森県後期高齢者医療広域連合 御中

保険医療機関等名称	
電話番号	() -

下記理由により、診療報酬明細書を **再審査** 願います。

1	医療機関等 コード	県番号	1医科 4調剤 3歯科 6訪問	医療機関等番号				再審査等 対象種別	1 一次審査	明細書 種別	1 単独
		0 2							2 突合審査		2 併用 (公費等有)
2	診療 年月	令和 年 月	請求 (調整) 年月	令和 年 月	明細書 区分	01 本人・入院 02 本人・入院外 03 家族(6歳)・入院 04 家族(6歳)・入院外 05 家族(家族)・入院	06 家族(家族)・入院外 07 高齢者一般・入院 08 高齢者一般・入院外 09 高齢者7割・入院 00 高齢者7割・入院外	3 再審査			
3	再審査等対象種別が突合審査のときの 「相手方薬局」					薬局コード	県番号 0 2	4調剤 4	薬局番号		
						薬局名称					
4	保 險 者 番 号							記号	番号		
	【後期用】 保 險 者 番 号	3 9						【後期用】 番 号			
5	フリガナ						生 年 月 日				
	患 者 氏 名						1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成	年 月 日			
6	請求点数 (金額)						点 (円)				
7	No	減点点数 (金 額)	減点事由	減点箇所	減点内容						
	①	点 (円)									
	②										
	③										
	④										
8	再審査依頼の理由 (※病名の欠落・記載誤り等による減額査定分は対象となりません。)										