

平成 年 月 日

再 審 査 等 請 求 書

青森県後期高齢者医療広域連合 殿

保険医療機関の  
所在地及び名称  
開設者氏名  
電話番号

取り下げ

下記理由により、診療報酬明細書の

願います。

再審査

1	点数表	1 医科 5 施設	3 歯科 6 訪問	4 調剤	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 単独 2 併用 3 老人保健	1=本人入院 3=3歳入院 5=家族入院 7=入院9割 9=入院7割	2=本人入院外 4=3歳入院外 6=家族入院外 8=入院外9割 0=入院外7割	再審査等対象種別	1 一次審査 2 調剤審査 3 再審査									
3	再審査等対象種別が調剤審査のとき、「相手方薬局」		薬局コード			(府県 )													
			薬局の名称																
4	保険者番号						被保険者番号												
5	公費負担者番号						受給者番号												
6	フリガナ						生年月日			写の有無									
	患者氏名						1 明治 2 大正 3 昭和 年 月 日			1 2 有・無									
7	請求点数(金額)	点(円)			薬剤一部負担金	円		一部負担金	円										
	食事療養請求金額	円			標準負担額	円		取下げ理由											
8	No.	減点点数(金額)		減点事由及び箇所		減点内容													
	①	点(円)																	
	②																		
	③																		

請求理由(該当箇所に○を付けてください。)

- |                     |                     |
|---------------------|---------------------|
| 1 記載事項不備のため         | 5 労災保険への請求先変更のため    |
| 2 傷病名等の記載不備のため      | 6 自賠責保険への請求先変更のため   |
| 3 医薬品・診療項目等の記載不備のため | 7 公費負担医療との併用に変更のため  |
| 4 資格関係、請求手続きの誤りのため  | 9 公費実施機関からの再審査請求のため |