

再 審 査 依 頼 書

平成 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	平成 年 月 (調整) 年月	請求 平成 年 月	明細書 区分	01 本人・入院		06 家族(家族)・入院外				
					02 本人・入院外		07 高齢者一般・入院				
					03 家族(6歳)・入院		08 高齢者一般・入院外				
					04 家族(6歳)・入院外		09 高齢者7割・入院				
					05 家族(家族)・入院		00 高齢者7割・入院外				
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	4調剤	薬局番号			
					0 2	4					
					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。)										