

再 審 査 等 請 求 書

令和 年 月 日

市 町
国保組合
後期高齢者医療広域連合
(滋賀県国民健康保険団体連合会)

様

保険医療機関等の
所在地及び名称
開設者氏名
電話番号
医療機関等担当者

1. 診療報酬等明細書 ① 取り下げ
下記理由により を 願います。
2. 福祉医療費請求書(連名簿) ② 再 審 査

診療報酬等明細書内容	点数表区分	1. 医科 3. 歯科 4. 調剤 6. 訪問看護 19. 柔整 19. はり・きゆう 19. あんま・マッサージ	医療機関・薬局 ・ステーションコード等	県番	25	
	フリガナ		制度区分	本人家族区分		
	患者氏名		1. 国保 4. 退職 7. 後期高齢者医療	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. 高齢受給者・後期高齢者医療一般・低所得者入院 8. 高齢受給者・後期高齢者医療一般・低所得者外来 9. 高齢受給者・後期高齢者医療7割給付入院 0. 高齢受給者・後期高齢者医療7割給付外来		
	生 年 月 日	性別				
	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 5 令和 年 月 日	1 男 2 女				
	保険者番号		記号番号			
	第1公費負担者番号		受給者番号			
	第2公費負担者番号		受給者番号			
	旧総合病院診療科	診療年月	請求年月	請求点数(金額)		
	1.入院 2.外来	年 月	年 月			

① 取り下げ理由	1. 記載事項不備のため 2. 傷病名等記載不備のため 3. 医薬品・診療項目等の記載不備のため 4. 資格関係、請求手続きの誤りのため	5. 労災保険への請求先変更のため 6. 自賠責保険への請求先変更のため 7. 公費負担医療との併用に変更のため 9. 公費実施機関からの再審査請求のため	※取り下げ理由1. 2. 3の場合、減点箇所にかかわる病名、薬剤等の追加訂正はできません。 →この場合は再審査請求になります。 ※減点箇所にかかわる追加訂正ではない場合、下記にレ点をお願いします。 <input type="checkbox"/> 減点箇所にかかわる追加訂正ではありません		
----------	---	--	---	--	--

② 再審査請求	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			
		薬局の名称			
	再審査等対象種別	No.	減点点数(金額)	増減事由及び箇所	減点内容
	1. 一次審査	①			
	2. 突合再審査	②			
3. 再 審 査	③				
・ 再審査請求理由					

処 理 経 過 (下欄については、本会使用欄につき記入する必要はありません。)				
連 合 会				
受付日	担当者印	処理年月	処理者印	