神奈川県国民健康保険診療報酬審査委員会 御中　　細（様式第7号）

再　審　査　申　出　書

下記理由により、診療報酬明細書を再審査願います。　　令和　　年　　月　　日

医　科	歯　科
調　剤	その他

平成
令和　　年　　月分

都道府県番号 14　医療機関コード

入外区分					
1 本 入	3 六 入	5 家 入	7 高入一	9 高入7
2 本 外	4 六 外	6 家 外	8 高外一	0 高外7

ー									ー						
公負①									公受①						
公負②									公受②						

保険者番号									給付割合	
被保険者証・被保険者手帳等の記号・番　号										

氏名	(カナ)	特 記 事 項
	(漢字)	
	1 男　2 女　1明　2大　3昭　4平　5令　・　・　生	

保険医療機関の所在地及び名　称　TEL　　(　　床)

増減点・返戻通知書 過誤・再審査結果通知書　の日付	調剤薬局との突合審査の場合		診療実日数	当初請求点数
平成・令和　　年　　月　　日	薬局コード		日	点
	薬 局 名 称			

減点内訳	減 点 点 数
	点

申し出の理由