

# 国民健康保険・後期高齢者医療

令和 年 月 日

明細書写の有無
有・無

熊本県国民健康保険  
診療報酬審査委員会

御中

保険医療機関(薬局)の  
所在地及び名称  
開設者氏名  
電話番号  
**担当者氏名**

## 再審査申出について

診療(調剤)報酬明細書のうち、下記の患者にかかる審査結果について疑義がありますので、再審査の申出をいたします。

記

保険者番号							医療機関(薬局)コード							
被保険者証の記号番号							本人 家族	診療 年月	年 月	1 医科 4 調剤	3 歯科 ( )	入院 外来		
フリガナ							生年月日		公費負担者番号					
被保険者名							大正・昭和・平成・令和 年 月 日		市町村番号					
総請求点数							総減点点数			受給者番号				
1 一次審査 2 再審査 3 調剤突合(薬局名: )										診療科				
増減点 事由	A 療養担当規則等に照らし、医学的に保険診療上適応とならないもの B 療養担当規則等に照らし、医学的に保険診療上過剰・重複となるもの C 療養担当規則等に照らし、A・B以外で医学的に保険診療上適当でないもの D 告示・通知の算定要件に合致していないと認められるもの													
査定内容														
再審査申出理由														
決 定			復 活						受付年月日					
			一部復活											
			原審どおり											

※ 再審査申出書は、診療(調剤)報酬明細書1件につき1枚で提出してください。  
※ 過誤返戻されているレセプトは、再審査の登録ができませんので、「診療(調剤)報酬明細書等取り下げ依頼書」を提出されていないか御確認の上、再審査申出を行ってください。  
※ 再審査申出と減点に関わらない内容の取り下げの両方を行いたい場合は、先に再審査申出を行ってください。