記載例

再　審　査　依　頼　書

平成 29 年 4 月 1 日 作成

青森県国民健康保険団体連合会　行

保険医療機関等名称	医療法人〇〇会 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇病院
電話番号	（ 017 ）〇〇〇－〇〇〇〇

下記理由により、診療報酬等明細書を　**再審査**　願います。

1	医療機関等コード	県番号: 0 2	1医科 4調剤 3歯科 6訪問: 1	医療機関等番号: 0 1 〇 〇 〇 〇 〇	再審査等対象種別: (1) 一次審査　2 突合審査　3 再審査	明細書種別: (1) 単独　2 併用（公費等有）
2	診療年月: 平成 29 年 2 月	請求（調整）年月: 平成 29 年 3 月	明細書区分: (01) 本人・入院　02 本人・入院外　03 家族(6歳)・入院　04 家族(6歳)・入院外　05 家族(家族)・入院　06 家族(家族)・入院外　07 高齢者一般・入院　08 高齢者一般・入院外　09 高齢者7割・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 0 2 / 4調剤 4 / 薬局番号	薬局名称			
4	保険者番号: 0 0 0 2 2 0 1 7	記号: 青国	番号: 88888888	【後期用】保険者番号: 3 9	【後期用】番号	
5	フリガナ: コクホ ジロウ	患者氏名: 国保 二郎	生年月日: 1 明治　2 大正　(3) 昭和　4 平成　〇 年 〇 月 〇 日			
6	請求点数（金額）	1,000 点（円）				

7	No	減点点数（金　額）	減点事由	減点箇所	減点内容
	①	100 点（円）	D	60	〇〇〇〇〇
	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。）
	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇のため。