

再 審 査 請 求 書

[紙(媒体)請求の保険医療機関用]

令和 年 月 日

(保険医療機関) 医療機関コード

所 在 地

名 称

開 設 者

⑩

電 話 () —

下記の請求を再審査して下さい。

記

1. 診 療 月 平成・令和 年 月

2. 明細書提出月 平成・令和 年 月

3. 調剤報酬明細書との審査に係る「相手方薬局」
(薬局コード:) (薬局の名称:)

4. 保険者番号及び記号・番号

5. 公費負担者番号及び受給者番号

6. 患 者 氏 名

本 人 ・ 家 族 ・ 入 院 ・ 外 来

7. 病 名

8. 診 療 実 日 数 日

9. 請 求 点 数 点

10. 一部負担金額 円

11. 再審査請求の理由 (250字以内でお願いします。)

(注) 当再審査請求書の「11. 再審査請求理由」については、できる限り電子文字（やむを得ない場合は、手書きでも可）によりご提出願います。