

再審査申し出書

令和 年 月 日

奈良県国民健康保険団体連合会
診療報酬審査委員会 御中

医療機関コード
(調剤薬局)
保険医療機関等の
所在地及び名称

電話番号

表別コード	
1	医科
3	歯科
4	調剤

保険者番号 [国保、退職及び 後期高齢者]	種別	国保 本・家	未就 学者	退職 本・扶	高齢 受給者	後期 高齢者
記号・番号 又は 被保険者番号	入・外 区分	入院 ・ 外来		給付 割合	割	
公費負担者番号	診療年月	令和	年	月分	診療科	
患者氏名 (生年月日)	受給者番号					(日) 点
(食事回数) 食事療養費	(回) 円	減点点数(金額)				点(円)
調剤薬局との 突合審査分 「相手方薬局」	調剤薬局コード (府県名)	再審査等 対象種別		1.一次審査 2.再審査 3.調剤突合審査 4.中央審査		
	薬局の名称					

*各項目についてすべて記載してください。

【査定内容】

【再審査請求理由】

*査定内容、再審査請求理由については詳細に記載してください。

再審査申し出書

令和 年 月 日

奈良県国民健康保険団体連合会
診療報酬審査委員会 御中

医療機関コード
(調剤薬局)
保険医療機関等の
所在地及び名称

・医療機関(調剤薬局)コード
・保険医療機関等の名称等
は必ず記入してください。

表別コード	
1	医科
3	歯科
4	調剤

種別は、必ず該当箇所に○をつけて下さい。

電話番号

保険者番号		種別		国保 本・家	未就 学者	退職 本・扶	高齢 受給者	後期 高齢者
[国保、退職及び 後期高齢者]		種別						
記号・番号 又は 被保険者番号		入・外 区分		入院		外来		給付 割合
公費負担者番号		診療年月		令和 年 月分		診療科		
患者氏名 (生年月日)		受給者番号						
(明・大・昭・平・令 年 月 日)		(実日数) 請求点数						(日) 点
(食事回数) 食事療養費		(回) 円		減点点数(金額)				点(円)
調剤薬局との 突合審査分 「相手方薬局」		調剤薬局コード (府県名)		再審査等 対象種別		1.一次審査 2.再審査 3.調剤突合審査 4.中央審査		
		薬局の名称						

・保険者番号
(後期高齢者含む)
・被保険者証記号番
号
又は被保険者番号
・公費負担者番号
・受給者番号
・患者氏名(生年月)

・診療年月は必ず記入し
てください。

*各項目についてすべて記載してください。

【査定内容】

調剤レセプトとの突合審査にて
減点(査定)がある場合には、
対象調剤薬局コード、
薬局名称 を記入してください。

減点(査定)対象となった
審査を記入してください。

【再審査請求理由】

* 査定内容、再審査請求理由については詳細に記載してください。