

(医療機関用)

申出日	平成	年	月	日
-----	----	---	---	---

再審査申出書

沖縄県国民健康保険
診療報酬審査委員会会長 殿

医療機関コード :

医療機関名 :

開設者氏名 :

電話番号 :

診療報酬明細書のうち、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、再審査申出をいたします。

診療年月	平成	年	月	診療
------	----	---	---	----

患者氏名		性別	男・女	
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日

請求点数		点
査定点数		点

保険者番号 (国保)			4	7	0				
証番号 (国保)									
保険者番号 (後期高齢者)	3	9	4	7					
被保険者番号 (後期高齢者)									

再審査申出理由	
---------	--

記載例

★申出書記入日を記載

(医療機関用)

申出日	平成	年	月	日
-----	----	---	---	---

再審査申出書

沖縄県国民健康保険
診療報酬審査委員会会長 殿

医療機関コード :

医療機関名 :

開設者氏名 :

電話番号 :

診療報酬明細書のうち、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、再審査申

【国保】

★保険者番号記載例

①国保一般 : 〇〇470013

※〇〇⇒空白欄

②国保退職 : 67470013

★証番号は、左詰めで記入

診療年月	平成	年	月	診療
------	----	---	---	----

患者氏名		性別	男・女	
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日

保険者番号 (国保)			4	7	0				
証番号 (国保)									

請求点数		点
査定点数		点

保険者番号 (後期高齢者)	3	9	4	7					
被保険者番号 (後期高齢者)									

★請求点数⇒減点される前の点数を記入
★査定点数⇒減点された点数を記入

【後期】

★保険者番号記載例

①後期高齢 : 39472014

★被保険者番号は、左詰めで記入

再審査申出理由

◎診療報酬明細書一枚につき、再審査申出書 1 枚となります。

◎受付～結果通知まで早くても 3 ヶ月掛かります。

※記載不備等があれば更に時間を要しますので、記載不備が無いよう
お願いします。

◎レセプト(控)は、提出不要です。