再審査申出書の記載要領

①提出される年月日を記入

②点数表を〇で囲む

③診療年月を記入

④保険医療機関コード番号を記入

⑤診療報酬明細書と一致する箇所を〇で囲む

⑥公費負担番号・受給者番号を記入

⑦保険者番号・被保険者証番号・各種手帳等の記号・番号を記入

⑧給付割合を記入

⑨氏名・性別・生年月日・特記事項を記入

⑩保険医療機関の所在地及び名称を記入

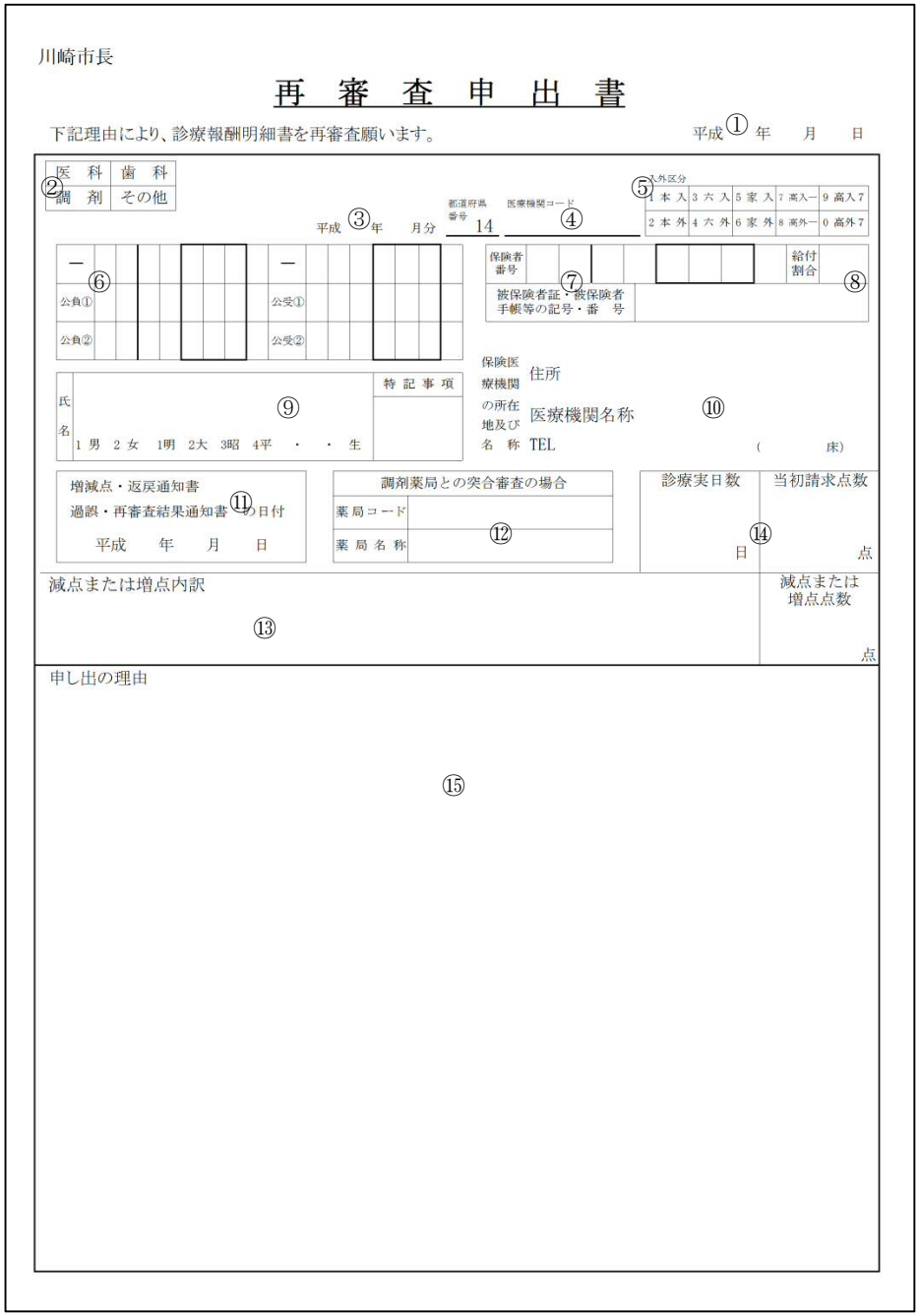
⑪増減点・返戻通知書又は、過誤・再審査結果通知書のどちらかの通知であったか〇で囲み、その日付を記入

⑫処方箋にかかわる投薬査定については、相手方薬局コード・薬局名称を記入

⑬査定された減点(増点)内訳の内、申請する減点(増点)内容を記入

⑭診療報酬明細書の診療実日数・当初請求点数・申請する減点(増点)点数を記入

⑮再審査申請理由を具体的に記入



川崎市長

再　審　査　申　出　書

下記理由により、診療報酬明細書を再審査願います。　平成① 年　月　日

医　科	歯　科
調　剤	その他

②

平成③年　月分　都道府県番号 14　医療機関コード ④

入外区分 ⑤

1 本 入	3 六 入	5 家 入	7 高入一	9 高入7
2 本 外	4 六 外	6 家 外	8 高外一	0 高外7

⑥

公負①		公受①	
公負②		公受②	

⑦

保険者番号		給付割合	⑧
被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号			

氏名	⑨ 1 男 2 女 1明 2大 3昭 4平 ・ ・ 生	特記事項

保険医療機関の所在地及び名称　住所　医療機関名称　⑩　TEL　（　床）

増減点・返戻通知書 ⑪ 過誤・再審査結果通知書 その日付	調剤薬局との突合審査の場合		診療実日数	当初請求点数
平成　年　月　日	薬局コード	⑫	⑭ 日	点
	薬局名称			

減点または増点内訳	減点または増点点数
⑬	点

申し出の理由

⑮