

# 再審査申請書

令和 年 月 日

佐賀県国民健康保険診療報酬審査委員会会長 様

保険医療機関等の  
所在地及び名称  
開設者氏名  
電話番号

国民健康保険法施行規則第30条及び高齢者医療確保法施行規則第80条の規定に基づき、関係書類を添付して再度の考案を求めます。

点数表区分	1 医科 3 歯科 4 調剤 6 訪問	保険医療機関等 コード	
診療年月 (調剤・療養年月)	平成 年 月 令和	入外区分 ※医科・歯科のみ記入	入院 / D P C / 外来
保険者番号 ※右づめで記入		記号・番号 被保険者番号	
被保険者名 (患者名)		生年月日	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 年 月 日 5 令和
処方せん発行 医療機関コード ※調剤薬局のみ記入	(都道府県番号: )	請求点数	点

## 再審査申立理由


## 再審査部会・審査委員会決定

再審査結果	1 原審	2 復活	3 返戻

## 連合会使用欄

--

■太枠内のみ記入してください。