

再 審 査 申 出 書

富山県国民健康保険診療報酬審査委員会長 殿

医療機関等コード

保険医療機関等の
所在地及び名称

開設者氏名

印

TEL

下記のとおり理由を付して再度の考案を申出します。

記

| 法 別 | 診 療 年 月 | 入・外 | 保 険 者 番 号 | 氏 名 | 請 求 点 数 (金 額) | 食 事 ・ 生 活 療 養 |
|------------------------------|------------|-----|-----------------------|-----|---------------|---------------|
| | | | 記 号 番 号 (被 保 険 者 番 号) | | 查 定 点 数 (金 額) | 查 定 金 額 |
| | | | 市 町 村 番 号 | | | |
| | | | 受 給 者 番 号 | | | |
| 一 般 退 職 老 人 後 期 高 齢 | 年 月 | 入 院 | | | | |
| | | 外 来 | | | | |

申出理由(科目)

審査結果

- 1 原審どおり
- 2 復活
- 3 その他