

# 再審査・取下げ依頼書

令和 年 月 日

東京都国民健康保険団体連合会 行

保険医療機関等  
所在地及び名称  
開設者氏名  
電話番号

再審査  
下記理由により、診療報酬明細書を  
取下げ 願います。

1	点数表	1 医科 4 調剤 3 歯科 6 訪問	医療機関等 コード	旧総合病院 診療科	
2	診療年月	請求(調整)年月	明細書 種類	1 入院	1 国保(00) ・ 退職(67)
	年 月	年 月		2 外来	2 後期(39)
3	保険者番号			記号・番号	
	【後期用】 保険者番号	3 9		【後期用】 番号	
4	公費負担者番号			受給者番号	
5	フリガナ	生年月日			
	患者氏名	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 5 令和 年 月 日			
6	請求点数(金額)	点(円)			
7	処方箋発行医療機関名称 (保険薬局のみ記載)			処方箋発行医療機関コード (保険薬局のみ記載)	
8	【取下げ理由】選択し○をして下さい。				
	1. 一部負担金相違のため 2. 社会保険該当のため 3. 労災該当のため 4. 生活保護該当のため				
	5. 公費該当・非該当のため 6. 給付割合変更のため 7. 制度変更のため 8. 記号番号誤りのため				
9. 誤請求のため 10. その他(理由: )					
9	再審査等 対象種別	1 一次審査 2 突合審査 3 再審査			
10	No	減点点数(金額)	減点事由及び箇所	減点内容	
	①	点(円)			
	②				
	③				
	④				
11	院外処方せん発行有無及び調剤した保険薬局 (再審査等対象種別が突合審査のとき分かる 範囲で記載願います)		有	薬局コード	(府県 )
			無	薬局名称	
12	【再審査依頼理由】(※病名の欠落・記載誤り等による減点査定分は対象となりません)				
	-----				
	-----				
	-----				
	-----				