

年 月 日

## 労災診療費の減額に対する再審査依頼書

労災指定番号

名 称

責任者氏名

㊞

No.	区 分	再審査依頼の理由
1	労働保険番号	
	生年月日	
	負傷発病年月日	
	名前(フリガナ)	
	内訳書請求金額	
	支払額	
	診療費差額	
	支払年月日	
	※診療年月	
2	労働保険番号	
	生年月日	
	負傷発病年月日	
	名前(フリガナ)	
	内訳書請求金額	
	支払額	
	診療費差額	
	支払年月日	
	※診療年月	
3	労働保険番号	
	生年月日	
	負傷発病年月日	
	名前(フリガナ)	
	内訳書請求金額	
	支払額	
	診療費差額	
	支払年月日	
	※診療年月	

(注) 再審査依頼書は厚生労働省から送られる診療費支払振込通知書の各項目を間違いのないように転記してください。

※ 診療年月は診療月を記入し、入院・外来の該当項目に○印をしてください。