

# 再 審 査 請 求 書

## 〔紙(媒体)請求の保険医療機関用〕

令和 年 月 日

(保険医療機関) 医療機関コード  
所在地  
名称  
開設者  
電話 ( ) ー ⑩

下記の請求を再審査して下さい。

記

1. 診 療 月 平成・令和 年 月
2. 明細書提出月 平成・令和 年 月
3. 調剤報酬明細書との審査に係る「相手方薬局」  
(薬局コード: ) (薬局の名称: )
4. 保険者番号及び記号・番号
5. 公費負担者番号及び受給者番号
6. 患 者 氏 名  
本人・家族・入院・外来
7. 病 名
8. 診 療 実 日 数 日
9. 請 求 点 数 点
10. 一 部 負 担 金 額 円
11. 再審査請求の理由 (250字以内でお願いします。)

(注) 当再審査請求書の「11. 再審査請求理由」については、できる限り電子文字（やむを得ない場合は、手書きでも可）によりご提出願います。