平成　　年　　月　　日

和歌山県国保診療報酬審査委員会会長　殿

医療機関コード　　（　　）
医療機関名
開設者氏名　　印
TEL

再審査申請について

平成　　年　　月分　増減点返戻連絡書・再審査結果通知書で通知のあった下記被保険者に係る減点点数につき再審査を申請いたします。

被保険者名	保険者番号	
	被保険者証の記号・番号	
診療月：　　年　　月分	公費負担者番号	
入外区分：　入　・　外	公費の受給者番号	
請求点数　　点	申し出にかかる減点内容	
減点点数　　点		

再審査理由

*再審査にかけるため、保険者より明細書を借用しますので、記載もれのないようお願いします。
（明細書 ㊞ の添付は必要ありません。）