

平成 年 月 日

和歌山県国民健康保険
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
電話番号

再審査申請について

平成 年 月分 増減点返戻連絡書・再審査結果通知書により通知のあった下記被保険者に係る減点点数に対して再審査の申請をいたします。

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

再審査理由

※再審査申出の締切日は、毎月 20 日です。

なお、20 日以降の到着については翌月の取扱いになります。