

再 審 査 申 出 書

富山県国民健康保険診療報酬審査委員会長 殿

医療機関等コード

保険医療機関等の
所在地及び名称

開設者氏名

印

TEL

下記のとおり理由を付して再度の考案を申出します。

記

法 別	診 療 年 月	入・外	保 険 者 番 号	氏 名	請 求 点 数 (金 額)	食 事 ・ 生 活 療 養
			記 号 番 号 (被 保 険 者 番 号)		查 定 点 数 (金 額)	查 定 金 額
			市 町 村 番 号			
			受 給 者 番 号			
一 般 退 職 老 人 後 期 高 齢	年 月	入 院			
		外 来			

申出理由(科目)

審査結果

- 1 原審どおり
- 2 復活
- 3 その他