再審査申出書の記載要領

① 提出される年月日を記入

② 点数表を〇で囲む

③ 診療年月を記入（元号は〇で囲む）

④ 保険医療機関コード番号を記入

⑤ 診療報酬明細書と一致する入外区分を〇で囲む

⑥ 公費負担番号・受給者番号を記入

⑦ 保険者番号・被保険者証番号・各種手帳等の記号・番号を記入

⑧ 給付割合を記入

⑨ 氏名（カナ・漢字）・性別・生年月日・特記事項を記入

⑩ 保険医療機関の所在地及び名称を記入

⑪ 増減点・返戻通知書又は、過誤・再審査結果通知書のどちらかの通知であったか
〇で囲み、その作成日を記入（元号は〇で囲む）

⑫ 処方箋にかかわる投薬査定については、相手方薬局コード・薬局名称を記入

⑬ 査定された減点内訳の内、申請する減点内容を記入

⑭ 診療報酬明細書の診療実日数・当初請求点数・申請する減点点数を記入

⑮ 再審査申請理由を具体的に記入

注
（１）再審査の申し出については、通知が届いてから６ヶ月以内に提出されるようお願い致します。
なお、再々審査については認められません。
（２）申請にあたっては、該当明細書を保険者・市町村に借用する関係上、確定するまでの間
４ヶ月程度かかりますのでご了承願います。
（３）申請理由書は、複写になっておりませんので、保険医療機関で控えをお取りください。

神奈川県国民健康保険診療報酬審査委員会 御中

細（様式第7号）

再 審 査 申 出 書

下記理由により、診療報酬明細書を再審査願います。

① 令和　　年　　月　　日

医　科	歯　科
調　剤	その他

②

③ 平成 令和　　年　　月分

都道府県番号 14　医療機関コード ④

⑤ 入外区分

1 本 入	3 六 入	5 家 入	7 高入一	9 高入7
2 本 外	4 六 外	6 家 外	8 高外一	0 高外7

公負①	⑥	公受①	
公負②		公受②	

保険者番号	⑦	給付割合	⑧
被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号			

氏名		特 記 事 項
	（カナ）	
	（漢字） ⑨	
	1 男　2 女　　1明　2大　3昭　4平　5令　・　・　生	

保険医療機関の所在地及び名称 ⑩

TEL　　　　（　　　床）

増減点・返戻通知書 ⑪
過誤・再審査結果通知書　の日付
平成・令和　　年　　月　　日

調剤薬局との突合審査の場合	
薬局コード	⑫
薬局名称	

診療実日数	当初請求点数
日	点

減点内訳

⑬

減 点 点 数

⑭

点

申し出の理由

⑮