

【調剤突合分以外】

様式第1号-1

受 付 印

再 審 査 申 立 書

平成 年 月 分 国民健康保険診療報酬

明細書の再審査を下記のとおり申し立てます。

平成 年 月 日

愛媛県国民健康保険診療報酬審査委員会殿

県 内	国 保
県 外	老 人

保険者名
(市町村名)

※該当する欄をそれぞれ○で囲んで下さい。

	医 科	歯 科	調 剤
(イ) 再 審 査 件 数 (医療費+食事)	()件	()件	件
(ロ) 再 審 査 件 数 (食事のみ)	件	件	件
前月分等参考明細書件数 (コピーを含む)	件	件	件
合 計	件	件	件

注1) 県内医療機関分と県外医療機関分は、別に作成する事。

2) 国保分と老人分は、別に作成する事。

3) 2部作成し、1部連合会へ送付する事。

4) 再審査件数欄は、再審査を必要とする付箋貼付の明細書件数を記入する事。

(イ)には、医療費にかかる件数を記入する事。

※()内には、1枚のレセプトに医療費と食事療養費のあるものを再掲する事。

(ロ)には、食事療養費のみのレセプトの件数を記入する事。

5) 毎月の提出日は、月末(必着)