

審査委員会記入欄				
		原審	全部復活	一部復活

区分	IJP(受付)番号		—		—	
	コード	1	2	3	8	事由 37
	処方箋発行医療機関コード					
	決 定 点 数					
4	増点点数		第一公費増点点数		一部負担金	
			第二公費増点点数			
				備 考		
食			食			
			食			

年 月 日

徳島県国民健康保険団体連合会 御中

医療機関コード

医療機関の名称
および所在地

再 審 査 申 請 書

下記の理由により再審査をお願いします

診療月	年	月	提出月	年	月	入・外	診療科目	
保 険 者 番 号						記 号 ・ 番 号		
市町村番号及び 公費負担者番号						受 給 者 番 号		
氏 名						請 求 点 数		

(申請箇所)	
(申請理由)	

(注) ・太線枠内には記入しないでください。
・レセプト1枚につき申請書1枚を提出ください。