（様式第900号の1）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 令和　　　年　　　月　　　日  再審査等請求書（資格関係等）  （　自県分　・　他府県分　）  　社会保険診療報酬支払基金　御中  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　保険者（実施機関）番号  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　保険者（実施機関） 名  さきに請求のあった診療報酬について、下記のとおり再審査願います。  記   |  |  | | --- | --- | | 区　　　　　　　分 | 明　　細　　書　　件　　数 | | 本　　　　　人 | 件 | | 家　　　　　族 |  | | 高 齢 者 |  | | 合　　　　　計 |  | |

Ａ４(297×210)

作　成　要　領

１　再審査等請求内訳票（その１）に係るものについて、自県、他府県別に作成（自・他府県別を○表示）する。

２　再審査等を請求するレセプトの最上部に添付し、都道府県の審査委員会事務局に提出する。