（様式第900号の3）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 令和　　　年　　　月　　　日調剤報酬請求についての審査請求書（　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  下記のものについて審査願います。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　調剤報酬請求についての審査請求内訳票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　レセプトＡ・Ｂセットで１件として数える。

３　突合再審査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。