（様式第900号の4）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 令和　　　年　　　月　　　日　再審査等請求書（電子媒体） 　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１　再審査等請求年月　：　　　　年　　　月分２　電子媒体枚数　：　請求用　　　　枚、結果用　要　　　枚・否　３　明細書件数　：　　　　　　　　　　　件（内訳）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 種　　　類 | 本　人 | 家　族 | 高齢者 | 計 | 医療機関からの取下げ又は再審査請求分（再掲） |
| 自県 | 他県 | 自県 | 他県 | 自県 | 他県 |
| 資格関係 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 診療内容・事務上 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 突合再審査 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合　　　計 |  |  |  |  |  |  |  |  |

* 「電子媒体枚数」欄について、結果用のデータを希望する場合は「結果用 要」に枚数を

記載し、希望しない場合は「否」の文字を○で囲んでください。 |

A4(297×210)