

令和 XX 年 XX 月 XX 日

神戸市長様

(医療機関等)

名称 ○○○病院

所在地 ××市××区××町

開設者氏名 神戸 一郎

電話番号 999-999-9999

## 再審査請求書

下記の理由により、診療報酬等明細書を再審査（請求取り下げ）願います。

記

- |                       |                          |   |
|-----------------------|--------------------------|---|
| 1 診療月                 | 令和××年××月                 | 不明の場合は空白でも可   |
| 2 審査年月                | 令和××年××月                 |   |
| 3 認定患者氏名              | 神戸 太郎                    |   |
| 4 公害手帳番号              | 神戸-9999                  | 再審査請求の場合：当初審査で認められなかった金額<br>取り下げの場合：取り下げを請求する（受領済み）金額         |
| 5 請求額<br>(受領済み額)      | 99.999 円                 | 再審査請求の場合：当初審査で認められなかった薬剤・検査等の詳細<br>取り下げの場合：取り下げを請求する薬剤・検査等の詳細 |
| 6 請求内容                | ○○錠 10mg × 7日分           |   |
| 7 再審査理由<br>(請求取り下げ理由) | ×××という理由のため必要であると判断し処方した | できるだけ詳しく記入  |

以上