No.

月分過誤調整及び再度の考案要求依頼書

保険者コード	
保険者名	

県内	県外

平成　　年　　月　　日

担当者氏名　　　　㊞

診療月	制度	保険医療機関コード	被保険者氏名	療養の給付		食事療養		理由	過誤点数	過誤基準額 円
		保険医療機関名		日数	点数	日数	基準額(円)		（備考）	（備考）

過誤件数合計	件	過誤点数合計 過誤基準額合計		円

様式診第一三