令和　　年　　月　　日

神　戸　市　長　様

（医療機関等）

名　称

所在地

開設者氏名

電話番号

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

2　審査年月

3　認定患者氏名

4　公害手帳番号

5　請求額
（受領済み額）

6　請求内容

7　再審査理由
（請求取り下げ理由）

以上