

# 取 下 げ 依 頼 書

平成      年      月      日

青森県国民健康保険団体連合会      御中

保 険 医 療 機 関 等 の  
所 在 地 及 び 名 称  
開 設 者 氏 名  
電 話 番 号

下記理由により、診療報酬等明細書を **取下げ** 願います。

1	点数表	1 医科    3 歯科 4 調剤    6 訪問	医療機関等 コ ー ド		旧総合病院 診 療 科											
2	診療 年月	年 月	請 求 年月	年 月	明 細 書 区 分	1 単 独 2 併 用	1 入 院 2 外 来	1 国 保 2 退 職 3 後 期								
3	保 険 者 番 号				記 号 ・ 番 号											
4	公 費 負 担 者 番 号				受 給 者 番 号											
5	フリガナ				生 年 月 日											
	患者氏名				1 明 治 2 大 正 3 昭 和 4 平 成	年 月 日										
6	請 求 点 数 ( 金 額 )				一 部 負 担 金											
	食 事 療 養 請 求 金 額				標 準 負 担 額											
<p>取下げ理由（該当番号に○印をつけてください。）</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">1 記載事項の不備のため</td> <td style="width: 50%;">5 労災保険への請求先変更のため</td> </tr> <tr> <td>2 傷病名等の記載不備のため</td> <td>6 自賠責保険への請求先変更のため</td> </tr> <tr> <td>3 医薬品・診療項目等の記載不備のため</td> <td>7 公費負担医療との併用に変更のため</td> </tr> <tr> <td>4 資格関係、請求手続きの誤りのため</td> <td>8 その他</td> </tr> </table>									1 記載事項の不備のため	5 労災保険への請求先変更のため	2 傷病名等の記載不備のため	6 自賠責保険への請求先変更のため	3 医薬品・診療項目等の記載不備のため	7 公費負担医療との併用に変更のため	4 資格関係、請求手続きの誤りのため	8 その他
1 記載事項の不備のため	5 労災保険への請求先変更のため															
2 傷病名等の記載不備のため	6 自賠責保険への請求先変更のため															
3 医薬品・診療項目等の記載不備のため	7 公費負担医療との併用に変更のため															
4 資格関係、請求手続きの誤りのため	8 その他															
備 考																

## 【青森県内の保険医療機関・保険薬局・訪問看護ステーションの皆様へ】

青森県国民健康保険団体連合会

### 「取下げ依頼書」の記載要領について

- 対象となるレセプト1件ごとに作成し、青森県国保連合会に提出してください。  
なお、傷病名の欠落・記載誤り等による減点査定分は、取下げ依頼の対象となりませんのでご注意ください。
1. 「点数表」欄は、該当の番号に○を付してください。  
「医療機関等コード」欄は、7桁（地区番号以下の数字）を記入してください。  
「旧総合病院診療科」欄は、医療法の一部を改正する法律（平成9年法律第125号）による改正前の医療法（昭和23年法律第205号）第4条の規定による承認を受けている病院である保険医療機関のみ当該診療科名を記入してください。
  2. 「診療年月」欄は、診療（調剤・看護療養）を行った年月を記入してください。  
「請求年月」欄は、国保連合会へ当初請求した年月（通常は診療年月の翌月）を記入してください。  
「明細書区分」欄は、該当の番号に○を付してください。
  3. 「保険者番号」欄は、国保（退職）及び後期高齢者医療の保険者番号を記入してください。  
「記号・番号」欄は、国保（退職）は記号・番号、後期高齢者医療は番号（8桁）を記入してください。
  4. 「公費負担者番号」欄は、公費負担医療証又は医療券の負担者番号を記入してください。  
※公費が二種類以上の場合は、第一公費のみ記入してください。  
「受給者番号」欄は、公費負担医療証又は医療券の受給者番号を記入してください。
  5. 「患者氏名」欄は、姓名を記入のうえフリガナを記入してください。  
「生年月日」欄は、該当する元号に○を付して生年月日を記入してください。
  6. 「請求点数（金額）」・「一部負担金」・「食事療養請求金額」・「標準負担額」欄は、当初請求した金額を記入してください。
  7. 「取下げ理由」欄は、該当する番号に○を付してください。  
取下げ理由が8その他の場合は備考欄へ記入してください。
  8. 「取下げ依頼書」の提出については、郵送にて送付してください。（※FAXは不可。）

《記載内容についての問い合わせ先》

青森県国民健康保険団体連合会：TEL 017-723-1336  
審査課医科（該当地区担当）係・歯科係