

診療報酬等明細書「取り下げ書」

栃木県国民健康保険団体連合会 様

保険医療機関等の
所在地及び名称
開設者氏名
電話番号
担当者名

印

()

下記理由により、診療報酬明細書等を取り下げ願います。

保険医療機関(薬局)等コード				診療(調剤)年月		請求年月		総合病院診療科	
				年 月		年 月		科	
点数表		明細書区分		本家入外区分					
1 医科 3 歯科		1 国保一般 2 退職者		1.本入 3.六入 5.家入 7.高入一 9.高入7					
4 調剤 6 訪問看護		3 後期高齢者		2.本外 4.六外 6.家外 8.高外一 0.高外7					
国保保険者番号(右詰で記入)				(国保)被保険者証 記号・番号					
後期高齢者市町村番号				(後期高齢者)被保険者番号					
3 9									
公費負担者番号				公費負担医療の受給者番号					
フリガナ				請求点数(金額)		点(円)			
患者氏名				生年月日		明・大・昭・平 年 月 日			
取り下げ理由									
1. 労災該当 2. 他保険該当 3. 第三者行為該当 4. その他									
理由詳細(具体的に記入して下さい)									

注) レセプト減点査定分に対しての病名もれや記載誤り等を理由とする取り下げ依頼については、
受理できかねます。査定に関する異議申立につきましては、「**再審査請求書**」を提出して下さい。

国保連 使用欄	依頼 No.	(備考)
	結果	
	年 月処理	

※ 1レセプトにつき1枚提出する必要があります。

(多数のレセプトを1度に取り下げる場合は、別途ご相談下さい)

※ 提出先は県内外被保険者にかかわらず、貴医療機関等所在都道府県の国保連合会となります。

※ 記入例を参照のうえ、記入もれのないようお願いします。