

診療報酬明細書返戻(取下げ)依頼書

依頼日 平成 年 月 日

兵庫県国民健康保険団体連合会 行

保険医療機関等	医科・歯科・調剤・訪看		
コード番号	2 8		
所在地 名称 開設者氏名 電話番号	内線 担当者名		

下記の診療報酬明細書の取り下げを依頼します。

診療年月	平成 年 月	明細書請求年月	平成 年 月
保険者番号		公費負担者番号	
記号・番号		受給者番号	
患者氏名		入院・外来	入院 入院外
生年月日		給付割合	割
請求点数	点	(連合会使用欄)	
申し出理由(具体的にご記入ください。)			

***記載方法等**

- ・すでに国保連へ請求したレセプト内容(返戻依頼するレセプト内容)をそのまま記入してください。
- ・「入院・入院外」欄は、該当分を○で囲んでください。
- ・福祉医療費請求書の割合は、負担割合でなく給付割合を記入してください。
- ・依頼したレセプトが返戻されてから、正しいレセプトを請求してください。(重複請求とならないため)
- ・減点査定レセプトの場合は、返戻依頼の申し出があっても返戻できない場合がありますので、あらかじめご了承ください。
- ・件数が多く特殊等な場合は、事前にご連絡ください。また、行き違い等で先にレセプトが手元に戻った場合もご連絡ください。