

(保険者名) 殿

保険医療機関等コード

所在地及び名称

開設者氏名



### 診療報酬明細書等の取消し依頼について

診療報酬明細書等のうち、下記の患者分について既請求明細書の取消しを依頼します。

記

|                   |               |  |
|-------------------|---------------|--|
| 保険者番号             |               | <p>&lt;取消しの理由&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 給付割合変更 ( 割へ)</li> <li>・ 保険変更 (他保険者、社保、労災、生保、<br/>その他 ( ) へ)</li> <li>・ 制度変更 (国保一般、国保退職、後期高齢へ)</li> <li>・ 請求内容変更</li> </ul> <p>その他</p> |
| 記号・番号<br>(被保険者番号) |               |  |
| 公費負担者番号           |               |  |
| 公費受給者番号           |               |  |
| 診療科<br>(旧総合病院)    | 科             |  |
| フリガナ              |               |  |
| 患者名               |               |  |
| 診療年月              | 年 月分          |  |
| 請求月               | 年 月請求         |  |
| 入院・外来の別           | DPC ・ 入院 ・ 外来 |  |
| 請求点数              | 点             |  |

■ 請求月の15日までに福岡県国保連合会に取消依頼書を郵送してください。15日を過ぎたときは、次の提出先に取消依頼書を郵送してください。(県内保険者分に限る)

国民健康保険分 … 当該保険者(市町村)の国民健康保険担当課・係  
後期高齢者医療分 … 福岡県後期高齢者医療広域連合事業課

※ 15日を過ぎて福岡県国保連合会に取消依頼書が届いた場合は、当該保険者・後期高齢者医療広域連合に転送します。

■ 県外保険者分については、福岡県国保連合会に提出してください。

■ 審査結果に係るものは取消し依頼をするのではなく「再審査申立書」により申立ててください。