

過誤返戻依頼書

平成 年 月 日

広域連合
市町村長
国保組合 殿

医療機関コード _____
保険医療機関等の
所在地及び名称 _____
電話番号 _____
担当者氏名 _____

下記理由により、診療報酬等明細書を取り下げ願います。

記

保険者番号		公費負担者番号	
被保険者証の記号・番号		公費受給者番号	
患者氏名(フリガナ)		取り下げ理由	
生年月日	T・S・H 年 月 日		
診療年月			
診療科			
入院・外来の別			
請求点数	点		

《留意事項》

- ・算定点数の査定に係る返戻は原則お受けできません。(取り下げ理由が資格等の不備によるものを除く) 査定に係る病名もれ等は再審査請求で申し出てください。
- ・県内保険者に係る分については直接保険者へ郵送するかまたは国保連合会へ郵送(提出)してください。
保険者提出先: 国民健康保険→当該保険者(市町村等)の国保担当課(係)、または国保連合会
後期高齢者医療→宮崎県後期高齢者医療広域連合 業務課、または国保連合会
- ・県外保険者に係る分については国保連合会へ郵送(提出)してください。

国保連合会郵送(提出)先: 〒880-8581宮崎市下原町231-1 宮崎県国保連合会 審査業務課 過誤支払係