

徳島県国民健康保険団体連合会 御中

保険医療機関等の
所在地および名称

電 話 番 号

取下げ(返戻)・再審査等申出書

下記の理由により、診療報酬明細書の 取下げ(返戻)・再審査 をお願いします。

診療(調剤)年月	年 月	レセプト提出年月	年 月	申出理由	取下げ(返戻)・再審査
入院・DPC・外来・処方せんによるもの				請求点数(金額)	
(取下げ理由) ※減点にかかわる理由についての返戻はできません。					
資格関係による理由(保険変更・給付割合誤り・公費負担者番号不備)					
その他の理由()					
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日			公費負担者番号	
(フリガナ)				処方せんによるもの	対象調剤薬局名称
氏名					対象調剤薬局コード
保険者番号				申出医療機関(調剤薬局)コード	
				記号・番号	
(申出理由)					

(注) レセプト 1 枚につき申出書 1 枚を提出ください。

連 合 会 記 入 欄	