

平成 年 月 日

様

保険医療機関等コード					

保険医療機関等の所在地及び名称

開設者名

国民健康保険診療報酬等の取り下げ依頼について（過誤依頼）

国民健康保険診療報酬明細書のうち、下記の患者分について既請求明細書の取り消しを依頼いたします。

記

保険者番号		市町村番号	
記号 番号		老人受給者番号	
		公費番号	
患者氏名		公費受給者番号	
診療年月	年 月分	取り下げの理由	
請求月	年 月請求		
入・外別	入院 外来		
請求点数	点		

担当 審査管理課 過誤・再審査班  
Tel 095-825-7556