

※ 本様式は、国保・後期を別に作成して国保連合会に提出して下さい。
 (どちらかに○をつけて下さい。)

■ 国保

過誤依頼番号

平成 年 月 日

医療機関コード

医・歯・調・看・柔

保険者名				
保険者番号				

■ 後期

保険者名 () 後期高齢者医療広域連合 () 印
 (都道府県名)
 所在地
 名称
 開設者氏名
 電話番号
 担当者名

診療報酬明細書等の取り下げについて(依頼)

すでに請求しております明細書のうち、下記患者分について取り下げをお願いします。

診療 年月分	請求年月 (月選れ請求 は必ず記入)	国・退 老・後	入・外 DPC	給付 割合	公費 併用	保険者番号 被保険者証の記号・番号	フリガナ 患者名	請求点数(金額) (請求時の点数を記入) 点(円)	診療科 (旧総合病院)	処方元医療機関名称 コード(調剤のみ)	理由 (減点に係る取り下げは出来ません)
/	/	国・退 老・後	入・外 DPC	9 8 7	有 無			点(円)			
/	/	国・退 老・後	入・外 DPC	9 8 7	有 無			点(円)			
/	/	国・退 老・後	入・外 DPC	9 8 7	有 無			点(円)			
/	/	国・退 老・後	入・外 DPC	9 8 7	有 無			点(円)			
/	/	国・退 老・後	入・外 DPC	9 8 7	有 無			点(円)			

※注 1. 審査による減点に係る取り下げはできませんので、再審査を申し出てください。

2. 国保分は、保険者別に作成して下さい。

3. FAXでの受付は行っておりません。