

平成 年 月 日

御中

保険医療機関等の
所在地及び名称

開設者氏名

電話番号

[診療報酬明細書等取り下げ依頼書]

下記の理由により、診療報酬明細書等を取り下げ願います。

県外・県内区分	県外分	県内分
点数表区分	医科 歯科 調剤	訪問看護
医療機関等コード	(総合病院診療科)	
診療年月	年 月分 (請求年月 年 月)	
種別	後期高齢者	入院 入院外
保険者番号	(県 市町村)	
被保険者番号		
公費負担者番号		
公費受給者番号		
(フリガナ) 患者氏名		
請求点数	点	
取り下げ理由		