

診療(調剤)報酬明細書等取下げ依頼書

平成 年 月 日

茨城県国民健康保険団体連合会 御中

保険医療機関等コード

0	8								
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--

保険医療機関等の

所在地及び名称

電話番号

依頼者名(開設者または管理者)

印

下記の診療(調剤)報酬明細書の取下げを依頼いたします。

診療年月		請求年月		診療科		DPC (○で囲む)																	
平成 年 月診療分		平成 年 月請求分				該当 非該当																	
保険種別 (該当番号を○で囲む)		1. 本人入院 2. 本人外来 3. 6(3)歳入院 4. 6(3)歳外来 5. 家族入院 6. 家族外来 7. 高入一 8. 高外一 9. 高入7 0. 高外7																					
一般保険者番号		<table border="1"> <tr> <td>6</td> <td>7</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>9</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		6	7							3	9							被保険者証記号		被保険者証番号	
6	7																						
3	9																						
退職保険者番号		保険者名																					
後期高齢者保険者番号																							
フリガナ				生年月日		性別																	
患者氏名				明治・大正 年 月 日 昭和・平成 年 月 日		男・女																	
請求点数																							
取下げ理由 (該当番号を○で囲む)		1. 請求内容不備 2. 固定点数誤り 3. 保険種別誤り 4. 医福該当(非該当) 5. 公費該当(非該当) 6. 社保該当 7. 労災適用 8. 生保該当 9. 第三者行為(交通事故等) 10. その他 () ※1. 請求内容不備及び2. 固定点数誤りについては詳細を備考欄をお願いいたします。																					
備考欄																							

※取下げ理由(病名漏れや記載誤り等による減点査定分は対象となりません。)

※取下げの対象となる明細書1件ごとに作成願います。

指定訪問看護療養費明細書取下げ依頼書

平成 年 月 日

茨城県国民健康保険団体連合会 御中

訪問看護ステーションコード

0	8							
---	---	--	--	--	--	--	--	--

訪問看護ステーションの

所在地及び名称

電話番号

依頼者名(開設者または管理者)

印

下記の明細書の取下げを依頼いたします。

年 月		請 求 年 月									
平成 年 月		平成 年 月請求分									
保 險 種 別 (該当番号を○で囲む)	1. 本人入院 2. 本人外来 3. 6(3)歳入院 4. 6(3)歳外来 5. 家族入院 6. 家族外来 7. 高入一 8. 高外一 9. 高入7 0. 高外7										
一般保険者番号								被保険者証記号	被保険者証番号		
退職保険者番号								6	7		
後期高齢者 保険者番号	3	9									
フリガナ								生 年 月 日		性別	
患 者 氏 名								明治・大正	年 月 日		男・女
								昭和・平成			
請 求 金 額											
取下げ理由 (該当番号を○で囲む)	1. 請求内容不備 2. 固定点数誤り 3. 保険種別誤り 4. 医福該当(非該当) 5. 公費該当(非該当) 6. 社保該当 7. 労災適用 8. 生保該当 9. 第三者行為(交通事故等) 10. その他 () ※1. 請求内容不備及び2. 固定点数誤りについては詳細を備考欄にお願いいたします。										
備 考 欄											

※取下げ理由(病名漏れや記載誤り等による減点査定分は対象となりません。)

※取下げの対象となる明細書1件ごとに作成願います。