

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)

㊞

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								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						保険者名		
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		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。

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 10. 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						保険者名		
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 昭和・平成		男・女
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。