茨城県国民健康保険団体連合会用

診療(調剤)報酬明細書等取下げ依頼書

医療機関(薬局)コード	0	8								
保険医療機関(保険薬局)名										
診療科(旧総合病院の場合)										
診療年月	平成　　年　　月診療分　(平成　　年　　月請求)									
一般・退職 保険者番号										
後期高齢者保険者番号	3	9								
被保険者証記号番号	記号				番号					
老人保健該当の場合	市町村番号	2	7					受給者番号		
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－(9割)　8. 高外－(9割)　9. 高入7(8)割　0. 高外7(8)割　A. 国福　B. 社福									
患者氏名										
請求点数	点									
取下げ理由 (該当番号を○で囲む)	1. 請求内容不備　2. 疾病名不備　3. 固定点数誤り　4. 保険種別誤り 5. 医福該当　6. 医福非該当　7. 長期高額該当　8. 長期高額非該当 9. 公費該当　10. 公費非該当　11. 重複請求　12. 社保該当 13. 労災適用　14. 生保該当　15. 自費診療　16. 第三者行為(交通事故等) 17. その他(　　)									
摘要欄										

上記診療(調剤)報酬明細書の取下げを依頼いたします。

依頼日　　平成　　年　　月　　日付

保険医療機関(保険薬局)名

依頼者名(開設者または管理者)　　㊞