

平成 年 月 日

和歌山県国民健康保険団体連合会 御中

機関コード _____

所在地 _____

名称 _____

開設者氏名 _____ 印

電話番号 () _____

診療報酬明細書の取り下げ依頼について

下記の診療報酬明細書の取り下げをお願いいたします。

診療月	平成 年 月分							提出年月	平成 年 月			
保険者番号								点数表	医・歯・調・訪・療			
記号・番号								種別	一般・退職・後期			
患者名								本人・家族	本人・家族・6歳・3歳・高齢			
公費負担者番号①								入院・外来	入院・外来			
受給者番号								給付割合	9割・8割・7割			
公費負担者番号②								診療科	※旧総合病院のみ記入			
受給者番号								請求点数	点			
取り下げ理由（必ず記入のこと）												

※ 病名もれ・記載誤り等による減点査定分は取下げ依頼の対象となりません。