

平成 年 月 日

和歌山県国民健康保険団体連合会 行

機 関 コ ー ド _____
 所 在 地 _____
 名 称 _____
 開 設 者 氏 名 _____ 印
 電 話 番 号 _____ () _____

診療報酬明細書等の取り下げ依頼について

下記の診療報酬明細書等の取り下げをお願いいたします。

診 療 月	平成 年 月 分	明細書等提出年月	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
フ リ ガ ナ 患 者 名		本 人 ・ 家 族	本人・家族・6歳・高齢
生 年 月 日	T.S H 年 月 日	入 院 ・ 外 来	入 院 ・ 外 来
性 別	男 ・ 女	給 付 割 合	9割・8割・7割
公費負担者番号①		請 求 点 数	点
受 給 者 番 号			
取り下げ理由（必ず記入のこと）			
			(問い合わせ先) 担当者名

※ 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。
 訪問看護・柔整等療養費の場合、点数は金額（円）に読みかえる。