

記載例

取下げ依頼書

令和 7 年 3 月 1 日 作成

青森県国民健康保険団体連合会 行

医療機関等名称	医療法人〇〇会 〇〇〇〇〇〇病院
電話番号	(017) 〇〇〇 - 〇〇〇
担当者	医事課：国保 太郎 内線 (〇〇〇)

下記理由により、診療報酬等明細書を 取下げ 願います。

1	点数表	<input checked="" type="checkbox"/> 1 医科 <input type="checkbox"/> 4 調剤 <input type="checkbox"/> 3 歯科 <input type="checkbox"/> 6 訪問	医療機関等 コード	0 1 1 〇 〇 〇 〇	旧総合病院 診療科	内科		
2	診療等 年 月	<input type="checkbox"/> 4 平成 7 年 1 月 <input checked="" type="checkbox"/> 5 令和	請求 年 月	<input type="checkbox"/> 4 平成 7 年 2 月 <input checked="" type="checkbox"/> 5 令和	保険種別 1・2	<input checked="" type="checkbox"/> 1 国保 <input type="checkbox"/> 1 単独 <input type="checkbox"/> 3 後期 <input checked="" type="checkbox"/> 2 併用		
	本人・家族	<input checked="" type="checkbox"/> 1 本人 <input type="checkbox"/> 3 六入 <input type="checkbox"/> 5 家入 <input type="checkbox"/> 7 高入一 <input type="checkbox"/> 9 高入7 <input type="checkbox"/> 2 本外 <input type="checkbox"/> 4 六外 <input type="checkbox"/> 6 家外 <input type="checkbox"/> 8 高外一 <input type="checkbox"/> 0 高外7						
3	処方箋発行医療機関 (調剤薬局のみ記入)	コード	都道府県 番 号	点数表	<input type="checkbox"/> 1 医科 <input type="checkbox"/> 3 歯科	医療機関 コード		
		名称						
4	保険者番号	0 0 0 2 0 0 1 6	記号・番号	・〇〇〇〇〇〇〇〇				
5	公費負担者 番 号	5 4 0 2 5 0 1 0	公費受給者 番 号					
6	フリガナ	コクホ ジロウ	生年月日	<input type="checkbox"/> 1 明治 <input checked="" type="checkbox"/> 4 平成 <input type="checkbox"/> 2 大正 <input type="checkbox"/> 5 令和 1 年 1 月 11 日 <input type="checkbox"/> 3 昭和				
	患者氏名	国保 次郎						
7	請求点数 (金額)	50,000 点 (円)	一部負担金	57,600 円				
	食事・生活 請求金額	30,240 円	標準負担額	21,160 円				
8	取下げ理由	<input type="checkbox"/> 1 記載事項不備のため <input type="checkbox"/> 5 労災保険への請求先変更のため <input type="checkbox"/> 2 傷病名等記載不備のため <input type="checkbox"/> 6 自賠責保険への請求先変更のため <input type="checkbox"/> 3 医薬品・診療項目等の記載不備のため <input type="checkbox"/> 7 公費負担医療との併用に変更のため <input type="checkbox"/> 4 資格関係、請求手続きの誤りのため <input checked="" type="checkbox"/> 8 その他(詳細は備考欄にご記入ください。)						
備考	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇のため。							