# 取下げ依頼書

令和　　年　　月　　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 | |
| 電話番号 | （　　　　）　　　－ |
| 担当者 | 内線（　　　　） |

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 | □1 医科<br>□3 歯科 | □4 調剤<br>□6 訪問 | 医療機関等コード | | 旧総合病院診療科 | | |
| 2 | 診療等年月 | □4 平成<br>年　月<br>□5 令和 | 請求年月 | □4 平成<br>年　月<br>□5 令和 | 保険種別 1・2 | □1 国保<br>□3 後期<br>□4 退職 | □1 単独<br>□2 併用 | |
| | 本人・家族 | □1 本入<br>□2 本外 | □3 六入<br>□4 六外 | □5 家入<br>□6 家外 | □7 高入一<br>□8 高外一 | □9 高入7<br>□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 | □1 医科<br>□3 歯科 | 医療機関コード | |
| | | 名称 | | | | | | |
| 4 | 保険者番号 | | 記号・番号 | ・　（枝番） | | | | |
| 5 | 公費負担者番号 | | 公費受給者番号 | | | | | |
| 6 | フリガナ | | | 生年月日 | □1 明治　□4 平成<br>□2 大正　□5 令和　年　月　日<br>□3 昭和 | | | |
| | 患者氏名 | | | | | | | |
| 7 | 請求点数（金額） | 点（円） | 一部負担金 | 円 | | | | |
| | 食事・生活請求金額 | 円 | 標準負担額 | 円 | | | | |
| 8 | 取下げ理由 | □1 記載事項不備のため<br>□2 傷病名等記載不備のため<br>□3 医薬品・診療項目等の記載不備のため<br>□4 資格関係、請求手続きの誤りのため | □5 労災保険への請求先変更のため<br>□6 自賠責保険への請求先変更のため<br>□7 公費負担医療との併用に変更のため<br>□8 その他（詳細は備考欄にご記入ください。） | | | | | |
| 備考 | | | | | | | | |