

# 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	<input 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															旧総合病院 診療科		
2	診療等 年月	<input type="checkbox"/> 4 平成 <input type="checkbox"/> 5 令和	年 月	請求 年月	<input type="checkbox"/> 4 平成 <input type="checkbox"/> 5 令和	年 月	保険種別 1・2	<input type="checkbox"/> 1 国保 <input type="checkbox"/> 3 後期	<input type="checkbox"/> 1 単独 <input type="checkbox"/> 2 併用											
	本人・家族	<input type="checkbox"/> 1 本入 <input type="checkbox"/> 2 本外	<input type="checkbox"/> 3 六入 <input type="checkbox"/> 4 六外	<input type="checkbox"/> 5 家入 <input type="checkbox"/> 6 家外	<input type="checkbox"/> 7 高入一 <input type="checkbox"/> 8 高外一	<input type="checkbox"/> 9 高入7 <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																	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																	<input type="checkbox"/> 1 明治 <input type="checkbox"/> 4 平成 <input type="checkbox"/> 2 大正 <input type="checkbox"/> 5 令和 <input type="checkbox"/> 3 昭和	年 月 日	
	患者氏名																			
7	請求点数 (金額)																	一部負担金		円
	食事・生活 請求金額																	標準負担額		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 type="checkbox"/> 8 その他(詳細は備考欄にご記入ください。)																		
備考																				