

国民健康保険診療(調剤)報酬明細書等取り下げ依頼書

受付印

※ 本様式は、**国保**の取り下げ依頼書です。後期は別に作成し、熊本県国保連合会へ提出してください。

・国保 (保険者別に作成してください)

保険者名		保険者番号					
------	--	-------	--	--	--	--	--

提出年月日： 令和 年 月 日

- ※注 1. **減点に係る取り下げはできません**ので、再審査申出にてご提出ください。
 2. FAXでの受付は行っておりません。

**以下の項目から該当する取り下げ理由を選択し、
 表中の「取り下げ理由」欄の数字に○をつけてください**

1: 算定誤りのため(備考に内容を記載してください)
 2: 他国保へ変更のため(備考に保険者名を記載してください)
 3: 社保へ変更のため
 4: 労災・自賠責・生保へ変更のため(備考に該当するものを記載してください)
 5: 公費負担医療との併用に変更のため
 6: その他(備考に内容を記載してください)

医療機関(薬局)コード 又は登録記号番号	
医療機関所在地	
医療機関名称	
連絡先電話番号	
担当者	

診療年月	請求年月	入外区分	被保険者証 記号・番号・枝番	フリガナ		生年月日	請求点数 (合計金額)	診療科 ※旧総合 病院のみ	処方箋発行医療機関名称 ※調剤薬局のみ	取り下げ理由(○をつけてください) (減点に係る取り下げは不可)
				患者氏名	性別				医療機関コード	
/	/	入・外 DPC							-----	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 備考:
/	/	入・外 DPC							-----	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 備考:
/	/	入・外 DPC							-----	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 備考:
/	/	入・外 DPC							-----	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 備考:
/	/	入・外 DPC							-----	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 備考: