

後期高齢者医療診療(調剤)報酬明細書等取り下げ依頼書

受付印

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

・後期 ()内には都道府県を記載してください

保険者名	()後期高齢者医療広域連合
------	----------------

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での受付は行っていません。

**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: 保険者番号変更のため(備考に都道府県名又は市町村名を記載してください)
 3: 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)
 4: 公費負担医療との併用に変更のため
 5: 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	保険者番号	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)
			被保険者証番号	患者氏名				性別	
/	/	入・外 DPC	39 -----					-----	1・2・3・4・5 備考:
/	/	入・外 DPC	39 -----					-----	1・2・3・4・5 備考:
/	/	入・外 DPC	39 -----					-----	1・2・3・4・5 備考:
/	/	入・外 DPC	39 -----					-----	1・2・3・4・5 備考:
/	/	入・外 DPC	39 -----					-----	1・2・3・4・5 備考: