診療(調剤)報酬明細書等取下げ依頼書

後期

依頼日: 平成

年 月

日

秋田県国民健康保険団体連合会 行き

医療機関コード				医	療	機	関	名	称	
連絡先 (電話番号)				担	当	幸	<u>Ł</u>	氏	名	

次の診療(調剤)報酬明細書等(レセプト)について、取下げを依頼します。

	保険者番号					被	保『	食 者	証	番号				
	被保険者氏名					生	£	F	月	日	M·T S	年	月	日
1	診療(調剤)年月	平成	年	,	月	請	求	年	月	(*1)	平成	Ç	年	月
1	種 別	入院	/	入院外		請	求	点	数	(*2)				点
	処方箋発行医療機	後関コード	(*3)								公	費併用	有.	/ 無
	取下げ理由							,	·					

	保険者番号				被	保『	食 者	証	番号					
	被保険者氏名				生	名	F	月	日	M·T S	年	月		日
9	診療(調剤)年月	平成	年	月	請	求	年	月	(*1)	平成		年		月
۷	種 別	入院	/	入院外	請	求	点	数	(*2)					点
	処方箋発行医療機		(*3)							公費	併用	有	/	無
	取下げ理由							·						

	保険者番号				被	保修	食 者	証	番号					
	被保険者氏名				生	左	F	月	日	M·T S	年	月		日
2	診療(調剤)年月	平成	年	月	請	求	年	月	(*1)	平成		年		月
3	種 別	入院	/	入院外	請	求	点	数	(*2)					点
	処方箋発行医療機		(*3)							公費	併用	有	/	無
	取下げ理由						•	•						

	保険者番	号					被	保『	食 者	· 証	番号				
	被保険者氏	-					生		F.	月	日	M·T	年	 月	日
	診療(調剤)年		平成	年	J	月	請	求	年	月	(*1)	 平成	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	年	月
4	種	別	入院				請	求	<u>·</u> 点	数	(*2)	1 77		<u>'</u>	点
	処方箋発行医療			(*3)	7 4/20/1		H13		7111			公	費併用	有	 無
	取下げ理	由	17.4	(- /									2 01714	1,4	 7,

	保 険 者 番 号					被	保『	食 者	: 証	番号					
	被保険者氏名					生	左	F	月	日	M·T S	年	月		日
	診療(調剤)年月	平成	年		月	請	求	年	月	(*1)	平成		年		月
5	種 別	入院	/	入院夕	1	請	求	点	数	(*2)					点
	処方箋発行医療機	と関コード しょうしょう	(*3)								公費	併用	有	/	無
	取下げ理由							·	•		·				

- *1:明細書を国保連合会へ提出した年月を記入してください。
- *2:訪問看護療養費明細書の場合、請求金額を記載してください。
- *3:処方箋発行医療機関コードは調剤報酬明細書の場合のみ記入してください。 また、処方箋発行医療機関コードは10桁で記入してください。

必要項目をもれなく記入のうえ、以下の宛先に提出願います。(FAX不可)

〒010-0951

送 付 先

秋田市山王四丁目2番3号 秋田県市町村会館内(4F) 秋田県国民健康保険団体連合会 情報管理課宛て

TEL (018) 862-3856

連合会使用欄