

# 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)		担当者氏名	

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。

1	保険者番号		被保険者証番号	
	被保険者氏名		生年月日	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
	種別	入院 / 入院外	請求点数(*2)	点
	処方箋発行医療機関コード(*3)			公費併用 有 / 無
取下げ理由				

2	保険者番号		被保険者証番号	
	被保険者氏名		生年月日	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
	種別	入院 / 入院外	請求点数(*2)	点
	処方箋発行医療機関コード(*3)			公費併用 有 / 無
取下げ理由				

3	保険者番号		被保険者証番号	
	被保険者氏名		生年月日	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
	種別	入院 / 入院外	請求点数(*2)	点
	処方箋発行医療機関コード(*3)			公費併用 有 / 無
取下げ理由				

4	保険者番号		被保険者証番号	
	被保険者氏名		生年月日	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
	種別	入院 / 入院外	請求点数(*2)	点
	処方箋発行医療機関コード(*3)			公費併用 有 / 無
取下げ理由				

5	保険者番号		被保険者証番号	
	被保険者氏名		生年月日	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
	種別	入院 / 入院外	請求点数(*2)	点
	処方箋発行医療機関コード(*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)

送付先	〒010-0951 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 TEL (018)862-3856
-----	---

連合会  
使用欄