

福岡県国民健康保険団体連合会 御中

保険医療機関等コード

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

所在地及び名称

開設者氏名

㊞

**診療報酬明細書等の取下げ依頼について**

下記の診療報酬明細書等の取下げを依頼します。

記

保険者番号		<p>&lt;取下げの理由&gt; 次のうち、該当する理由の左にある数字を○(マル)で囲んでください。</p> <p>1 記載事項不備のため</p> <p>2 傷病名等記載不備のため</p> <p>3 医薬品・診療項目等の記載不備のため</p> <p>4 資格関係、請求手続きの誤りのため</p> <p>5 労災保険への請求先変更のため</p> <p>6 自賠責保険への請求先変更のため</p> <p>7 公費負担医療との併用に変更のため</p> <p>9 公費実施機関からの再審査請求のため</p> <p>10 その他</p> <p>&lt;理由詳細&gt;</p> <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div>
被保険者証記号		
被保険者証番号		
公費負担者番号		
公費受給者番号		
旧総合病院診療科	科	
フリガナ		
患者名		
生年月日		
診療年月	年 月分	
請求月	年 月請求分	
DPC・出来高の別	DPC ・ 出来高	
本人・家族入外区分	<p>次のうち該当する区分の左にある数字を○(マル)で囲んでください。</p> <p>01 本入 ・ 03 六入 ・ 05 家入</p> <p>07 高入一・ 09 高入7</p> <p>02 本外 ・ 04 六外 ・ 06 家外</p> <p>08 高外一・ 00 高外7</p>	
請求点数	点	

- 福岡県国民健康保険団体連合会に取下げ依頼書を提出してください。  
提出先住所：〒812-8521 福岡県福岡市博多区吉塚本町 13 番 47 号
- 審査結果に係るものは取下げ依頼ではなく「再審査申立書」により申立ててください。