

診療(調剤)報酬明細書の取り下げ依頼書

令和 年 月 日

神奈川県国民健康保険団体連合会
審査調整課 支払調整係 行

医療機関コード：

所在地：

名称：

電話番号：

(担当者)：

下記のとおり診療(調剤)報酬明細書の取り下げを依頼します。

診療月	平成・令和 年 月分	明細書提出月	平成・令和 年 月
保険者番号		点数表	医科・歯科・調剤
フリガナ		被保険者証の 記号番号	(記号)
被保険者名			(番号)
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日	入院コード	1本入・3六入(三入)・5家入・7高入・9高入7
請求点数	点	外来コード	2本外・4六外(三外)・6家外・8高外・0高外7
公費負担者番号		処方元医療機関名	
公費受給者番号		医療機関コード	

【取り下げ理由】※該当の理由1~2に○をして下さい。

- | | |
|---------------------|--------------------|
| 1.記載事項不備のため | 5.労災保険への請求先変更のため |
| 2.傷病名等記載不備のため | 6.自賠責保険への請求先変更のため |
| 3.医薬品・診療項目等の記載不備のため | 7.公費負担医療との併用に変更のため |
| 4.資格関係、請求手続きの誤りのため | |

※病名、診療内容の記載漏れ、記載誤り等による減点査定を理由とした診療(調剤)報酬明細書の取り下げ依頼は受付できません。審査結果に係るものは、**再審査申請理由書**のご提出をお願いします。

<送付先> * 下記へ郵送にてご提出願います。

〒220-0003 横浜市西区楠町 27番地1

神奈川県国民健康保険団体連合会 審査調整課 支払調整係

電話:045-329-3427