

診療(調剤)報酬明細書の取り下げ依頼書の記載要領

- ① 取り下げ依頼書の提出年月日を記入して下さい。
- ② 保険医療機関(調剤薬局)コード7桁を記入して下さい。
- ③ 所在地を記入して下さい。
- ④ 名称を記入して下さい。
- ⑤ 電話番号は、直通番号(内線番号があればその番号)を記入して下さい。
- ⑥ 担当者名を記入して下さい。
- ⑦ 該当する元号を○で囲み、診療(調剤)年月を記入して下さい。
- ⑧ 該当する元号を○で囲み、明細書を提出(請求)した年月を記入して下さい。
- ⑨ 国保(退職者)及び後期高齢者医療の保険者番号を記入して下さい。
- ⑩ 明細書の該当する点数表(医科・歯科・調剤)を○で囲んで下さい。
- ⑪ 被保険者名、及びフリガナを記入して下さい。
- ⑫ 国保(退職者)は記号・番号、後期高齢者医療は番号を記入して下さい。
- ⑬ 該当する元号を○で囲み、生年月日を記入して下さい。
- ⑭ 明細書の該当する入院コードを○で囲んで下さい。
- ⑮ 当初請求点数を記入して下さい。
- ⑯ 明細書の該当する外来コードを○で囲んで下さい。
- ⑰ 公費併用分は、公費負担者番号及び公費受給者番号を記入して下さい。
- ⑱ 調剤薬局の場合は、処方箋を発行した医療機関名及び医療機関コードを記入して下さい。
- ⑲ 該当する取り下げ理由の番号を1つ選んで○で囲んで下さい。

※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明細書の取り下げ依頼は、この取り下げ依頼書では受付できませんので再審査申請理由書のご提出をお願いします。

診療(調剤)報酬明細書の取り下げ依頼書

① 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： ②
所在地： ③
名称： ④
電話番号： ⑤
(担当者)： ⑥

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	⑦ 平成・令和 年 月分	明細書提出月	⑧ 平成・令和 年 月
保険者番号	⑨	点数表	⑩ 医科・歯科・調剤
フリガナ		被保険者証の記号番号	(記号) ⑫ (番号)
被保険者名	⑪	入院コード	⑭ 1本入・3六入(三入)・5家入・7高入一・9高入7
生年月日	⑬ 天・昭・平・令 年 月 日	外来コード	⑯ 2本外・4六外(三外)・6家外・8高外一・0高外7
請求点数	⑮ 点	処方元医療機関名	⑰
公費負担者番号	⑰	医療機関コード	⑱
公費受給者番号			

⑲【取り下げ理由】※該当の理由1つに○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