

訪問看護療養費明細書取り下げ依頼書

- ① 取り下げ依頼書の提出年月日を記入して下さい。
- ② 神奈川県国保連合会に請求する時に使用するステーションコードを記入して下さい。
- ③ 訪問看護ステーションの所在地を記入して下さい。
- ④ 訪問看護ステーションの名称を記入して下さい。
- ⑤ 訪問看護ステーション(連絡先)の電話番号を記入して下さい。
- ⑥ 担当者の氏名を記入して下さい。
- ⑦ 該当する元号を○で囲み、訪問月を記入して下さい。
- ⑧ 該当する元号を○で囲み、神奈川県国保連合会への提出月(請求月)を記入して下さい。
- ⑨ 保険者番号を記入して下さい。
- ⑩ 該当する保険の種類を○で囲んで下さい。
- ⑪ 患者氏名、及びフリガナを記入して下さい。
- ⑫ 被保険者証の記号番号を記入して下さい。
- ⑬ 給付割合を記入して下さい。
- ⑭ 合計金額を記入して下さい。
- ⑮ 公費負担者番号及び公費受給者番号を記入して下さい。
- ⑯ 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。

訪問看護療養費明細書取り下げ依頼書に必要事項を記入し、郵送又は本会に直接ご提出願います。
(電話による取り下げ依頼は、受付できません)依頼書の用紙は、本会ホームページに掲載していますので、ダウンロード(PDF版とEXCEL版を用意しています)してご利用下さい。

訪問看護療養費明細書取り下げ依頼書

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

ステーションコード: ②
所在地: ③
ステーション名: ④
電話番号: ⑤
(担当者): ⑥

下記のとおり訪問看護療養費明細書の取り下げを依頼します。

訪問月	⑦ 平成・令和 年 月分	連合会提出日	⑧ 平成・令和 年 月
保険者番号	⑨	区分	⑩ 国保・後期高齢
フリガナ 療養を受けた 者の氏名	⑪	被保険者証の 記号番号	(記号) _____ ⑫ _____ (番号)
給付割合	⑬ 7・8・9 割	合計金額	⑭ 円
公費負担者番号			
公費受給者番号	⑮		

【取り下げ理由】※該当の理由1つに○をして下さい。

- | | |
|---------------------|--------------------|
| ⑯ 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 | |

<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