

訪問看護療養費明細書取り下げ依頼書

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

ステーションコード:

所在地:

ステーション名:

電話番号:

(担当者):

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	平成・令和 年 月分	連合会提出日	平成・令和 年 月
保険者番号		区分 1	国保 ・ 後期高齢
フリガナ		被保険者証の 記号番号	(記号)
療養を受けた 者の氏名			(番号)
給付割合	7 ・ 8 ・ 9 割	合計金額	円
公費負担者番号			
公費受給者番号			

【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 | |

<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