

長崎県国民健康保険団体連合会 様

平成 年 月 日

保険医療機関等コード					

保険医療機関等の所在地及び名称

開設者名

診療報酬明細書等の県外分取り下げ依頼について（過誤依頼）

診療報酬明細書等のうち、下記の被保険者分について既請求明細書の取り下げを依頼いたします。

記

保険者番号		請求点数	点
記号・番号		公費番号	
氏名		公費受給者番号	
生年月日	年 月 日	取り下げ理由	
性別	男 女		
診療年月	年 月診療分		
入・外区分	入院 外来		

担当 業務管理課 情報管理班
Tel 095-826-7292