|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 令和 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |

長崎県国民健康保険団体連合会　様

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | |  | | | | | | 印 |

県外保険者に係る診療報酬明細書取り下げ依頼について

既請求の診療報酬明細書等について、下記のとおり取り下げを依頼いたします。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険者番号 |  | | | | | | 取り下げ理由 |
| 記号・番号 |  | | | | | |  |
| 氏名 |  | | | | | |
| 生年月日 | T　S  H　R | 年 | 月 | | 日 | |
| 性別 | 男 | | | 女 | | |
| 診療年月 | H　R | 年 | | 月診療分 | | |
| 入・外区分 | 入院 | | | 外来 | | |
| 請求点数 |  | | | | | 点 |

以上