|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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　SH　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