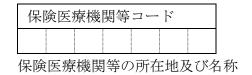
長崎県国民健康保険団体連合会 様



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				
記号・番号				
氏名				
生年月日	T S H R	年	月	日
性別	身	<u> </u>	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

<記載例>

令和 2 年 4 月 1 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 9 9 9 9 9 9 9

保険医療機関等の所在地及び名称

国保市国保町1-11-111 国民健康保険 会館3階

開設者名 国保 太郎



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	480	0 0 1	取り下げ理由
記号・番号	7777	7 7 7	誤った保険者番号で請求していたため。
氏名	国保	花子	
生年月日	TS 50年	5月 5日	
性別	男	女	
診療年月	HR 2年	1月診療分	
入・外区分	入院	外来	
請求点数	1	, 000 点	