

平成 年 月 日

市 町 村
国保組合 殿
広域連合

医	歯	調	柔	ス
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

開設者氏名

⑨

診療報酬明細書等の取消し依頼について

診療報酬明細書等のうち、下記の患者分について既請求明細書の取消しを依頼いたします。

記

保 険 者 番 号		公費負担者番号	
記 号 ・ 番 号 (被保険者番号)		公費受給者番号	
診 療 科 (旧総合病院)	科	「取消しの事由」	
フリガナ			
患 者 名			
診 療 年 月	年 月分		
請 求 月	年 月請求		
入院・外来の別	D P C ・ 入院 ・ 外来		
請 求 点 数	点		

- 請求月の15日までに福岡県国保連合会に取消依頼書を郵送してください。15日を過ぎたときは、次の提出先に取消依頼書を郵送してください。(県内保険者分に限る)

国民健康保険分 … 当該保険者(市町村)の国民健康保険担当課・係
後期高齢者医療分 … 福岡県後期高齢者医療広域連合事業課

※ 15日を過ぎて福岡県国保連合会に取消依頼書が届いた場合は、当該保険者・後期高齢者医療広域連合に転送します。

- 県外保険者分については、福岡県国保連合会に提出してください。