

受理年月日	受付担当者	管理番号
※	※	※

※国保連合会使用欄

依頼年月日	令和	年	月	日
-------	----	---	---	---

関係保険者 殿
(国保連合会経由)

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	印
担当者	
電話番号	

診療報酬明細書等取り下げ依頼書

下記患者にかかる診療報酬明細書を取り下げさせていただきたく申し出をいたします。

保険者番号	
被保険者名	
被保険者証記号番号	
保険種別	一般 ・ 退職 ・ 後期
診療月	令和 年 月 診療分
(請求月)	(令和 年 月 請求)
入外区分	DPC ・ 入院 ・ 外来
診療科	科
請求点数(円)	点(円)
申出理由	

※審査結果の疑義申出につきましては【再審査申出書】にて申出をお願いいたします。