「別紙１」

取 下 げ 依 頼 書

令和　　年　　月　　日 作成

青森県国民健康保険団体連合会　行

医療機関等 名　　称	
電 話 番 号	（　　）　　－
担　当　者	内線（　　）

下記理由により、診療報酬等明細書を **取下げ** 願います。

1	点数表	□1 医科 □4 調剤 □3 歯科 □6 訪問	医療機関等 コ ー ド							旧総合病院 診 療 科	
2	診療等 年　月	□4 平成 □5 令和　年　月	請　求 年　月	□4 平成 □5 令和　年　月	保険種別 １ ・ ２	□1 国保 □3 後期 □4 退職	□1 単独 □2 併用				
	本人・家族	□ 1 本入 □ 3 六入 □ 5 家入 □ 7 高入一 □ 9 高入７ □ 2 本外 □ 4 六外 □ 6 家外 □ 8 高外一 □ 0 高外７									
3	処方箋発行医療機関 （調剤薬局のみ記入）	コード	都道府県 番　号		点数表	□1 医科 □3 歯科	医療機関 コ ー ド				
		名　称									
4	保険者番号									記号・番号	・
5	公費負担者 番　　号									公費受給者 番　　号	
6	フリガナ			生年月日	□1 明治 □4 平成 □2 大正 □5 令和　年　月　日 □3 昭和						
	患者氏名										
7	請 求 点 数 （ 金 額 ）	点 (円)			一部負担金	円					
	食事・生活 請 求 金 額	円			標準負担額	円					
8	取下げ理由	□1 記載事項不備のため □2 傷病名等記載不備のため □3 医薬品・診療項目等の記載不備のため □4 資格関係、請求手続きの誤りのため □5 労災保険への請求先変更のため □6 自賠責保険への請求先変更のため □7 公費負担医療との併用に変更のため □8 その他(詳細は備考欄にご記入ください。)									
備考											