

特定健診・保健指導費用にかかる請求取下依頼書(受診者単位用)

健診等機関番号		健診等機関名称		(印)
担当者		連絡先電話番号		

年 月 日に提出した下記の特定健診等費用について、取り下げを申し立てます。 申立日 年 月 日

NO	保険者番号 保険者名	被保険者証番号 氏名(カナ)	受診券又は利用券番号	実施区分 ※いずれかに○印	実施年月日
1				1: 特定健診 2: 保健指導	年 月 日
2				1: 特定健診 2: 保健指導	年 月 日
3				1: 特定健診 2: 保健指導	年 月 日
4				1: 特定健診 2: 保健指導	年 月 日
5				1: 特定健診 2: 保健指導	年 月 日
6				1: 特定健診 2: 保健指導	年 月 日
7				1: 特定健診 2: 保健指導	年 月 日
8				1: 特定健診 2: 保健指導	年 月 日
9				1: 特定健診 2: 保健指導	年 月 日
10				1: 特定健診 2: 保健指導	年 月 日

【記入例】

特定健診・保健指導費用にかかる請求取下依頼書(受診者単位用)

「担当者」欄に記載の健診実施機関担当者もしくは健診実施機関印



取下する請求データを提出した日付を記入	2 2 1 9 9 9 9 9 9	健診等機関名称	国保内科・小児科医院
	国保 太郎	健診等実施機関担当者名を記入	電話番号 054-253-5576

年 月 日に提出した下記の特定健診等費用について、取り下げを申し立てます。 申立日 年 月 日

NO	保険者番号 保険者名	被保険者証番号 氏名(カナ)	受診券又は利用券番号	実施区分 ※いずれかに○印	実施年月日
1	0 0 2 2 9 9 9 9 〇 〇 市	9 9 9 9 9 9 9 9 レ ン ゴ ウ カ イ タ ロ ウ	9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9	1: 特定健診 2: 保健指導	△年 △月 △日
2	3 9 2 2 9 9 9 9 × × 市	9 9 9 9 9 9 9 9 レ ン ゴ ウ カ イ ハ ナ コ	9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9	1: 特定健診 2: 保健指導	×年 ×月 ×日
3				1: 特定健診 2: 保健指導	年 月 日
4				1: 特定健診 2: 保健指導	年 月 日
5				1: 特定健診 2: 保健指導	年 月 日
6				1: 特定健診 2: 保健指導	年 月 日
7				1: 特定健診 2: 保健指導	年 月 日
8				1: 特定健診 2: 保健指導	年 月 日
9				1: 特定健診 2: 保健指導	年 月 日
10				1: 特定健診 2: 保健指導	年 月 日

【医師会】

特定健診・保健指導費用にかかる請求取下依頼書(受診者単位用)

健診等機関番号		健診等機関名称		(印)
担当者		連絡先電話番号		

年 月 日に提出した下記の特典健診等費用について、取り下げを申し立てます。 申立日 年 月 日【備考欄: 】

NO	保険者番号 保険者名	被保険者証番号 氏名(カナ)	受診券又は利用券番号	実施区分 ※いずれかに○印	実施年月日
1				1: 特定健診 2: 保健指導	年 月 日
2				1: 特定健診 2: 保健指導	年 月 日
3				1: 特定健診 2: 保健指導	年 月 日
4				1: 特定健診 2: 保健指導	年 月 日
5				1: 特定健診 2: 保健指導	年 月 日
6				1: 特定健診 2: 保健指導	年 月 日
7				1: 特定健診 2: 保健指導	年 月 日
8				1: 特定健診 2: 保健指導	年 月 日
9				1: 特定健診 2: 保健指導	年 月 日
10				1: 特定健診 2: 保健指導	年 月 日

【医師会・記入例】

特定健診・保健指導費用にかかる請求取下依頼書(受診者単位)

「担当者」欄に記載の担当者もしくは医師会印
または健診実施機関印

師健
会印
医

取下する請求データを提出した日付を記入	2 2 1 9 9 9 9 9 9	健診等機関名称	国保内科・小児科医院
	健康医師会 国保 花子	医師会担当者名を記入	電話番号 054-253-5576

年 月 日に提出した下記の特定健診等費用について、取り下げを申し立てます。 申立日 年 月 日【備考欄:〇月〇日実施機関連絡済】

NO	保険者番号 保険者名	被保険者証番号 氏名(カナ)	受診券又は利用券番号	実施区分 ※いずれかに〇印	実施年月日
1	0 0 2 2 9 9 9 9 〇 〇 市	9 9 9 9 9 9 9 9 レ ゴ ウ カ イ タ ロ ウ	9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9	1: 特定健診	
2	3 9 2 2 9 9 9 9 × × 市	9 9 9 9 9 9 9 9 レ ゴ ウ カ イ ハ ナ コ	9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9	1: 特定健診	
3				1: 特定健診	
4				1: 特定健診 2: 保健指導	年 月 日
5				1: 特定健診 2: 保健指導	年 月 日
6				1: 特定健診 2: 保健指導	年 月 日
7				1: 特定健診 2: 保健指導	年 月 日
8				1: 特定健診 2: 保健指導	年 月 日
9				1: 特定健診 2: 保健指導	年 月 日
10				1: 特定健診 2: 保健指導	年 月 日

※医師会から取下依頼書を提出する場合、必ず対象の実施機関へ連絡調整後に取下依頼書を提出してください。また、「備考」欄にその旨記載願います。