

請求取消依頼書記載例 (診療報酬明細書のみ取消する場合)

年 月 日

静岡県国民健康保険団体連合会 御中

提出年月日を和暦で記載してください。

保険医療機関等  
所在地及び名称  
開設者氏名  
電話番号

静岡市葵区春日2丁目4番34号  
静岡県国民健康保険病院  
医療法人社団 国保会 理事長 国保 太郎  
054-253-5540

押印してください。



請求取消

明細書を本会に請求した月です。月遅れ請求でないかぎり、診療月の翌月です。

このことについて、下記のとおり

和暦で記載してください。

医療機関コード	1234567						国保	医	<input checked="" type="radio"/> 歯	調	看
診療年月	平成 31 年 3 月分 (請求月: 31 年 4 月)										
保険者番号	220038			保険者名	沼津市						
記号番号	8901234			患者氏名	連合会 五郎						
こども医療費	食糧番号	8322				受給番号					
制度区分	<input checked="" type="radio"/> 一般・ <input type="radio"/> 退職・後期高齢・こども				入外区分	入院・ <input checked="" type="radio"/> 入院外					
請求点数	80,000 点										
取消理由	検査の算定誤りのため										
処方箋発行機関	機関番号					機関名称					

請求時の点数を正しく記載

調剤薬局は処方箋を発行した医療機関番号医療機関名称を記載してください。

連合会使用欄です。記載しないようお願いします。

連合会使用欄	担当	月分	査定	返戻日
当月			者・添	
再審査			者・添	

重度障害者(児)・母子家庭等医療については取消依頼書でなく、過誤の提出となります。

請求取消依頼書記載例 (こども医療費のみ取消する場合)

年 月 日

静岡県国民健康保険団体連合会 御中

提出年月日を和暦で記載してください。

静岡県美区春日2丁目4番34号  
静岡県国民健康保険病院  
医療法人社団 国保会 理事長 国保 太郎 印  
電話番号 054-253-5540

押印してください。

### 請 求 取 消

このことについて、下記のとおり記載

明細書を本会に請求した月です。月遅れ請求でないかぎり、診療月の翌月です。

和暦で記載してください。

	1	2	3	4	5	6	7		医・歯・調・看
診療年月	平成 31 年 3 月分 (請求月: 31 年 4 月)								
保険者番号					保険者名	静岡市			
記号番号									
こども医療費	食糧者番号	8322 0038			番号	9876543			
制度区分	一般・退職・後期高齢・ <b>こども</b>				入外区分	入院・ <b>入院外</b>			
請求点数	80,000								点
取消理由	検査の算定誤りのため								請求時の点数を正しく記載
処方箋発行機関	機関番号				機関名称				

こどもにのみ○をしてください。

※ 区分・制度区分・入外区分は、該当するものに○をしてください。  
取消依頼する場合のみ記載してください。  
※ 取消依頼する場合は、保険者番号・食糧者番号・国保退職番号を記載してください。

保険者番号・記号番号・処方箋発行機関は記載しないでください。

連合会使用欄です。記載しないようお願いします。

○をしてください。  
※ 処方箋発行機関は、調剤薬局のみ記載してください。

連合会使用欄	担当	月分	差控	返戻日
当月			者・滞	
再審査			者・滞	

重度障害者(児)・母子家庭等医療については取消依頼書でなく、過誤の提出となります。

請求取消依頼書記載例（診療報酬明細書及び子ども医療費を取消す場合）

年 月 日

静岡県国民健康保険団体連合会 御

提出年月日を和暦で記載してください。

押印してください。

静岡県国民健康保険病院  
 静岡市葵区春日2丁目4番34号  
 医療法人社団 国保会 理事長 国保 太郎 印  
 電話番号 054-253-5540

**請 求 取 消 依 頼 書**

このことについて、下記のとおり記載

明細書を本会に請求した月です。月遅れ請求でないかぎり、診療月の翌月です。

和暦で記載してください。

医療機関コード	1234567	日付	医・歯・調・看
診療年月	平成 31 年 3 月分 (請求月: 31 年 4 月)		
保険者番号	220848	保険者名	伊豆の国市
記号番号	976431	患者氏名	連合会 五郎
子ども医療費	食糧者番号 8322 0848	受給者番号	753861
制度区分	<input checked="" type="radio"/> 一般・ <input type="radio"/> 退職・後期高齢・ <input type="radio"/> 子ども	入外区分	入院・ <input checked="" type="radio"/> 入院外
請求点数	80.000 点		
取消理由	検査の算定誤りのため		
処方箋発行機関	機関番号	機関名称	

該当する制度と子どもに○をしてください。

請求時の点数を正しく記載

調剤薬局は処方箋を発行した医療機関番号医療機関名称を記載してください。

連合会使用欄です。記載しないようお願いします。

※ 重度障害者(児)・母子家庭等医療については取消依頼書でなく、過誤の提出となります。

連合会使用欄	担当	月分	査定	返戻日
当月			者・添	
			者・添	