

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 静岡市葵区春日2丁目4番34号  
 所在地及び名称 静岡県国保連合会病院  
 開設者氏名 医療法人社団 国保会 理事長 国保 太郎

請求取消依頼書

このことについて、下記のとおり

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。

医療機関コード	1 2 3 4 5 6 7	区	医・歯・調・看
診療年月	平成 令和 4年 4月分	(請求月: 4年 5月)	
保険者番号	2 2 0 0 3 8	保険者名	沼津市
記号番号	8 9 0 1 2 3 4 (枝番) 0 1	患者氏名	連合会 五郎
子ども医療費負担者番号	8322	受給者番号	
制度区分	一般 退職・後期高齢・子ども	入外区分	DPC入院・出来高入院・入院外
請求点数	80,000 点		
取消理由	検査算定誤りのため		
処方箋発行機関	医療機関コード	医療機関名称	
お問い合わせ先	(電話番号) 054-253-5540 (ご担当者) 国保 花子		

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コード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。

使用欄	相当	月分	査定	延滞日
			有・無	
			有・無	

\* 処方箋発行機関は、調剤薬局のみ記載してください。

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

保険医療機関等 静岡市葵区春日2丁目4番34号  
 所在地及び名称 静岡県国保連合会病院  
 開設者氏名 医療法人社団 国保会 理事長 国保 太郎

提出年月日を和暦で記載してください。

請求取消依頼書

このことについて、下記のとおり取

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。

医療機関コード	1 2 3 4 5 6 7	区分	医・歯・調・看
診療年月	平成 令和 4年 4月分	(請求月: 4年 5月)	
保険者番号		保険者名	静岡市
記号番号	こどもにのみ○をしてください。	名	連合会 五郎
こども医療費	負担者番号 8322 0012	支給者番号	9876543
制度区分	一般・退職・後期高齢 子ども	入外区分	DPC入院・出来高入院・入院外
請求点数	80,000	点	
取消理由	検査算定誤りのため	請求時の点数を正しく記載	
処方箋発行機関	医療機関コード	医療機関名称	
お問い合わせ先	(電話番号) 054-253-5540 (ご担当者) 国保 花子		

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。

※ 区分・入外区分は、該当するものに○をしてください。  
 ※ こども医療費を取消依頼する場合のみ記載してください。  
 ※ 国保退職・後期高齢者医療費を取消依頼する場合は「子ども」を記載してください。

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
			有・無	
			有・無	

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 静岡市葵区春日2丁目4番34号  
 所在地及び名称 静岡県国保連合会病院  
 開設者氏名 医療法人社団 国保会 理事長 国保 太郎

請求取

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、下記のとおり取

記

医療機関コード	1 2 3 4 5 6 7	区分	医・歯・調・看
診療年月	平成 <input checked="" type="radio"/> 令和 4年 4月分	(請求月: 4年 5月)	
保険者番号	2 2 0 8 4 8	保険者名	伊豆の国市
記号番号	9 7 6 4 3 1 (枝番) 0 1	患者氏名	連合会 五郎
子ども医療費 負担者 番号	8322 0 8 4 8	受給者番号	7 5 3 8 6 1
制度区分	<input checked="" type="radio"/> 一般 <input type="radio"/> 退職・後期高齢 <input checked="" type="radio"/> 子ども	入外区分	DPC入院・出来高入院 <input checked="" type="radio"/> 入院外
請求点	80,000 点		
取消理由	検査算定誤りのため		
処方箋発行機関 医療機関 コード	医療機関 名称		
お問い合わせ先	(電話番号) 054-253-5540 (ご担当者) 国保 花子		

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  
医療機関コード  
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	処理日
			有・無	
			有・無	