

平成 年 月 日

徳島県国民健康保険団体連合会 御中

医療機関コード

医療機関の名称
および所在地

電話番号

診療報酬明細書の取消(返戻)依頼について

下記診療報酬明細書の請求を取消したいので、返戻くださるようお願いいたします。

診療月	年	月	提出月	年	月	入・外	診療科目	
保険者番号							記号・番号	
市町村番号							老人受給者番号	
公費負担者番号							公費受給者番号	
氏名						請求点数		
(取消理由)								
請求不備			保険変更			給付割合誤り		
その他								

- (注) ・点線より下部には記入しないでください。
・レセプト1枚につき申請書1枚を提出ください。
・老人保健分、公費併用分等は、それぞれの該当欄の番号もご記入ください。

連 合 会 記 入 欄
(依頼年月日: 平成 年 月 日)

(依頼年月日: 平成 年 月 日)

区分	IJP(受付)番号			—	—
3	コード	3	事由	14	決定点数

過誤返戻付箋

年 月 日

保険医療機関開設者 殿

保険者・市町村名

この明細書は、医療機関からの依頼により返戻します。

※後期高齢者医療についても、こちらの様式でご提出ください。

〇〇年〇月〇日

徳島県国民健康保険団体連合会 御中

提出月は、本様式の提出月ではなく、レセプトの提出月

医療機関コード 01-1001.1

医療機関の名称 および所在地 徳島市〇〇町〇〇〇

〇〇〇〇病院

電話番号 088-611-1111

該当に〇を記入してください

老人・公費の該当がある場合は、必ず

診療科がある場合は、記入

診療報酬明細書の取消(返戻)依頼について

下記診療報酬明細書の請求を取消したいので、返戻くださるようお願いいたします。

診療月	21年	4月	提出月	21年	5月	入・外	診療科目	〇〇科
保険者番号			3	6	0	〇	〇	〇
市町村番号								
公費負担者番号	5	1	3	6	6	〇	〇	〇
氏名	〇〇〇〇						請求点数	1,111
(取消理由)								
請求不備			保険変更			給付割合誤り		
その他								

査定後の決定点数や減点点数ではなく、本会へ請求時

返戻内容は必ず記入してください
なお、査定にともなう内容変更にかか

- (注)
- ・点線より下部には記入しないでください。
 - ・レセプト1枚につき申請書1枚を提出ください。
 - ・老人保健分、公費併用分等は、それぞれの該当欄の番号もご記入ください。

連 合 会 記 入 欄
(依頼年月日: 年 月 日)

(依頼年月日: 年 月 日)

区分	IJP(受付)番号		-		-	
3	コード	3	事由	14	決定点数	

過誤返戻付箋

年 月 日

保険医療機関開設者 殿

保険者・市町村名

この明細書は、医療機関からの依頼により返戻します。