

社保の医療費助成用診療報酬明細書の取り下げ依頼書

平成 年 月 日

鎌倉市長

医療機関コード：

所在地：

名称：

電話番号：

(担当者)：

下記のとおり診療報酬明細書の取り下げを依頼します。(国保・後期分は、国保連合会が取り扱います。)

診療月	平成	年	月分	明細書提出月	平成	年	月
保険者番号				点数表	医科・歯科・調剤		
フリガナ 被保険者名				被保険者証の 記号番号			
生年月日	大・昭・平	年	月 日	入院コード	1本入・3六入(三入)・5家入・7高入一・9高入7		
請求点数	点			外来コード	2本外・4六外(三外)・6家外・8高外一・0高外7		
公費負担者番号				処方元医療機関名			
公費受給者番号				医療機関コード			

<取り下げ理由>

3. その他を選択した場合は、具体的な理由を記入してください。

(3. その他 の場合の具体的な理由)

- | |
|----------|
| 1. 労働災害 |
| 2. 第三者行為 |
| 3. その他 |

--

※病名、診療内容の記載漏れ、記載誤り等による減点査定を理由とした診療報酬明細書の取り下げ依頼は受付できません。審査結果に係るものは、再審査申請理由書の提出をお願いします。

給付割合変更は別の手続きとなります。負担割合に変更のない保険変更については届出は不要。

送付先 * 下記へ郵送にてご提出願います。

〒248-8686 鎌倉市御成町18-10 鎌倉市 健康福祉部 保険年金課 医療給付担当 電話:0467-61-3961(直通)
--