令和　　　年　　月　　日

大分県後期高齢者医療広域連合　御中

保険医療機関等の

所在地及び名称

開設者氏名

電話番号

**［診療報酬明細書等取り下げ依頼書］**

下記の理由により、診療報酬明細書等を取り下げ願います。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 県外・県内区分 | 県外分　　　　　　　　　　　　県内分 | |
| 点数表区分 | 医科　　　歯科　　　調剤　　　訪問看護 | |
| 医療機関等コード | （総合病院診療科　　　　　） | |
| 診療年月 | 年　　　月分　　（請求年月　　　　年　　　月） | |
| 種　　別 | 後期高齢者 | 入院　　　　　入院外 |
| 保険者番号 | （　　　　　県　　　　市町村） | |
| 被保険者番号 |  | |
| 公費負担者番号 |  | |
| 公費受給者番号 |  | |
| （フリガナ）  患者氏名 |  | |
| 請求点数 | 点 | |
| 取り下げ理由 |  | |