

(保険者名) _____ 殿

保険医療機関等コード

所在地及び名称

開設者氏名



診療報酬明細書等の取消し依頼について

診療報酬明細書等のうち、下記の患者分について既請求明細書の取消しを依頼します。

記

保険者番号		<p><取消しの理由></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 給付割合変更 (_____ 割へ) ・ 保険変更 (他保険者、社保、労災、生保、 _____ その他 (_____) へ) ・ 制度変更 (国保一般、国保退職、後期高齢へ) ・ 請求内容変更
記号・番号 (被保険者番号)		
公費負担者番号		
公費受給者番号		
診療科 (旧総合病院)	科	
フリガナ		
患者名		
診療年月	年 月分	
請求月	年 月請求	
入院・外来の別	DPC ・ 入院 ・ 外来	
請求点数	点	<ul style="list-style-type: none"> ・ その他

■ 請求月の15日までに福岡県国保連合会に取消依頼書を郵送してください。15日を過ぎたときは、次の提出先に取消依頼書を郵送してください。(県内保険者分に限る)

国民健康保険分 … 当該保険者(市町村)の国民健康保険担当課・係
後期高齢者医療分 … 福岡県後期高齢者医療広域連合事業課

※ 15日を過ぎて福岡県国保連合会に取消依頼書が届いた場合は、当該保険者・後期高齢者医療広域連合に転送します。

■ 県外保険者分については、福岡県国保連合会に提出してください。

■ 審査結果に係るものは取消し依頼をするのではなく「再審査申立書」により申立ててください。