

# 「レセプトデータ請求の取消依頼」 記載例

受付期間内（毎月5日～10日）までに提出してください

レセプトデータ請求の取消依頼

福岡県国民健康保険団体連合会 御中

取消依頼日 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 担当者 ○ ○

医療機関等コード ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

いずれかに○

医療機関等名称 ○ ○ ○ クリニック

点数表区分 ○(医科)・DPC・歯科・調剤・訪問看護

※該当する区分を○(マル)で囲んでください。

電話番号 ○ ○ ○ - ○ ○ ○ - ○ ○ ○ ○

開設者名 ○ ○ ○ ○

レセプトデータの取消分

送信日時	送信回数
1 月 9 日 12 時 00 分	2 回目
月 日 時 分	回目
月 日 時 分	回目
月 日 時 分	回目
月 日 時 分	回目
月 日 時 分	回目

※1 この用紙を送信する際は電話連絡をお願いします。  
 ※2 請求が必要なデータがありましたらFAX送信後、請求確定してください。

送信日時の時間がわからない場合は空白でも構いません

《提出先》  
 福岡県国民健康保険団体連合会  
 審査管理部審査管理課オンライン請求担当  
 FAX：092-642-7855(医科・調剤・訪問看護)  
 FAX：092-642-7854(歯科)

## ※オンライン請求画面

### 令和5年12月診療分 請求状況 (医科)

請求状況に「処理中」と表示され、受付処理が完了するまで時間を要する場合は、一旦オンライン請求システムを終了してお待ちください。  
 なお、オンライン請求システムを終了後も受付処理は行われております。

( )内の件数は、返戻レセプトの再請求分の再掲です。

医療機関コード:0000000 名称:○○○クリニック 電話番号:000-000-0000

最新状況に更新

送信回	送信日	請求確定日	診療科	請求確定回	送信レセプト件数			要確認件数	請求確定件数	請求状況
					入院	入院外	受付不能			
3	1/10	1/10	-	2	0 (0)	400 (1)	0 (-)	0 (0)	400 (1)	請求済(エラー分含む)
2	1/9	1/9	-	1	0 (0)	399 (1)	0 (-)	0 (0)	399 (1)	請求済(エラー分含む)
1	1/9	-	-	-	0 (0)	399 (1)	0 (-)	0 (1)	-	取消済

請求確定していないデータは請求されません。

送信回1回目 1/9 取消済  
 送信回2回目 1/9 請求済(誤ったデータ)  
 送信回3回目 1/10 請求済(正しいデータ)

この場合、取消する送信回数は2回目の為、左のように記載してください。

※その他オンライン請求に関して分からないことはオンライン請求システム操作手順書『操作手順書 運用編<医療機関・薬局・訪問看護ステーション用> オンライン請求システムの流れ(請求)』をご参考ください。  
 上記手順書は、オンライン請求システムのマニュアルからダウンロードできます。