

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

医療機関等名称

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
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。

《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)