

「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 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

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)

上記の場合、取消する送信回数は2回目の為、左記のように記載してください。

【オンライン請求に関して】

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。