

# 取 下 げ 依 頼 書

令和 年 月 日

佐賀県国民健康保険団体連合会 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

(担当者名: )

下記理由により、診療報酬等明細書の取下げを依頼します。

点数表区分	1 医科 3 歯科 4 調剤 6 訪問	入 外 区 分 ※医科・歯科のみ記入	入 院 / D P C / 外 来
保険医療機関等 コード		処方せん発行 医療機関コード ※調剤薬局のみ記入	(都道府県番号: )
診療年月 (調剤・療養年月)	平成 年 月 令和		
保険者番号 ※右づめで記入		公費負担者番号	
記号・番号 被保険者番号		生 年 月 日	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 年 月 日 5 令和
被 保 険 者 名 ( 患 者 名 )		請 求 点 数	点
取 下 げ 理 由	※該当の番号及び項目に○を付してください。 1 他保険該当 [社保/生保/労災/その他 ( ) ] 2 被保険者資格等誤り [保険者番号/記号・番号/被保険者番号/給付割合/公費負担者番号/その他 ( ) ] 3 公費該当/公費非該当 4 その他(具体的に記載してください。) ( )		

連 合 会 使 用 欄	受 付 印

- 太枠内のみ記入してください。
  - 審査結果に係るものは、取下げ依頼ではなく「再審査申請書」により申請してください。
  - FAXでの受付は行っておりません。
- 提出(送付)先: 〒840-0824 佐賀市呉服元町7番28号 佐賀県国民健康保険団体連合会