

後期高齢者医療広域連合 御中

医療機関等コード

保険医療機関等の
所在地及び名称

代 表 者 名

印

電 話 番 号

後期高齢者医療診療報酬明細書 取消し(返戻)依頼書

下記の理由により、診療報酬明細書を取消し(返戻)願います。

点数表区分	1. 医科	2. 歯科	3. 調剤	4. 施設	5. 訪問看護	6. 柔道								
保険者番号							被保険者番号							
公費負担者番号							公費受給者番号							
フリガナ														
患者氏名														

診療年月	入外区分	科別	請求点数
平成 年 月	入・外		点
平成 年 月	入・外		点
平成 年 月	入・外		点
平成 年 月	入・外		点
平成 年 月	入・外		点
取消し(返戻)の理由			
1. 保険変更のため		4. 診療内容誤請求のため	
2. 労災適用のため		5. 診療内容請求もれのため	
3. 他法併用のため		6. その他(以下の余白に理由を記入)	

※該当明細書提出月の25日までの返戻依頼については、国保連合会が定める依頼書にて、国保連合会まで提出してください。

※保険者が島根県広域連合以外(他県の広域連合)である場合は、取り扱いが異なる場合がありますので、返戻依頼の際に各都道府県の広域連合へお問合せください。