

徳島県国民健康保険団体連合会 御中

保険医療機関等の  
所在地および名称

電 話 番 号

### 取下げ(返戻)申出書

下記理由により、診療報酬等明細書の取下げ(返戻)をお願いします。

診療年月	年 月	請求年月	年 月	入外区分	1. 入院 2. 外来	点数表	1. 医科 3. 歯科 4. 調剤 6. 訪問 9. 柔整
医療機関等コード				診療科	<small>※旧総合病院の場合のみ記載</small>	請求点数 (金額)	点(円)
保険者番号				記号		番号	
公費1負担者番号				公費2負担者番号			
(フリガナ)				性別	1. 男 2. 女	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成 5. 令和 年 月 日
患者氏名							

【取り下げ理由】 該当番号に○印をつけてください。

**※減点にかかわる理由についての返戻はできません。**

1. 記載事項不備のため
2. 傷病名等記載不備のため
3. 医薬品・診療項目等の記載不備のため
4. 資格関係、請求手続きの誤りのため
5. 労災保険への請求先変更のため
6. 自賠責保険への請求先変更のため
7. 公費負担医療との併用に変更のため
8. 上記以外 (※「上記以外」を選択した場合、必ず理由を記載ください。)

理由:

(注) レセプト 1 枚につき申出書 1 枚を提出ください。

連 合 会 記 入 欄	