

診療（調剤）報酬明細書の取下申出について

宮城県国民健康保険団体連合会 御中

| 機関コード | 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、診療（調剤）報酬明細書を取下げくださるようお願いします。

(国保 ・ 後期) / (県内 ・ 県外) 保険者 分明細書

| 診療年 月 | 請求年 月 | 入外別 (科別) | 保険者番号 | 被保険者証 記号・番号 | ふりがな 患者氏名 | 生年月日 | 請求点数 | 取下理由 |
|----------|----------|--------------|-------|----------------|--------------|------------------|------|------|
| 年 月 | 年 月 | 入院・外来 () | | 記号 番号 | | 明・大・昭・平 年 月 日 | | |
| 年 月 | 年 月 | 入院・外来 () | | 記号 番号 | | 明・大・昭・平 年 月 日 | | |
| 年 月 | 年 月 | 入院・外来 () | | 記号 番号 | | 明・大・昭・平 年 月 日 | | |
| 年 月 | 年 月 | 入院・外来 () | | 記号 番号 | | 明・大・昭・平 年 月 日 | | |
| 年 月 | 年 月 | 入院・外来 () | | 記号 番号 | | 明・大・昭・平 年 月 日 | | |

【**県内保険者分**】宮城県内の保険者及び広域連合に係る取下申出は**提出月の25日(12月は20日)まで必着**で本会に提出願います。
 なお、**当月提出分以外のもの**や**締切を過ぎたもの**は各保険者又は広域連合へ直接依頼願います。

【**県外保険者分**】宮城県以外の他県保険者及び他県広域連合に係る取下申出は、**提出月の15日まで必着**で本会に提出願います。
 なお、当月提出分以外については、本会から他県保険者等に依頼しますので、速やかに提出願います。

※「国保と後期」、「県内保険者分と県外保険者分」は該当する方を○で囲み**それぞれ別の紙に記入**して提出願います。

※所要事項を記入し、入外別を○で囲み、科別があれば()内に記入願います。

※取下理由は必ず記入願います。