

医療費助成現物給付診療報酬等明細書(写)取下げ依頼書(当月提出分)

令和 年 月 日

岩手県国民健康保険団体連合会 御中

保険医療機関コード (※柔道整復施術所は登録記号番号)	
保険医療機関名称	
開設者氏名	印
医療機関担当者氏名	
連絡先電話番号	

標記について、下記のとおり取下げを依頼いたします。

記

項番	市町村名	受給者証番号	受給者氏名	生年月日	診療年月	請求年月	入外	請求点数	連合会使用欄
1									
2									
3									
4									
5									

取下げ依頼理由(※調剤報酬については、処方箋発行医療機関コードも記入してください。)

項番1	
項番2	
項番3	
項番4	
項番5	

◎提出について

※本書は、**当月提出分明細書等(写)**の取下げを岩手県国保連合会へ依頼される場合にのみご利用ください。
 ※必要項目をみれなく記入、捺印のうえ、**20日**までに必ず郵送か持参により提出願います(FAX不可)。

◎記入方法

保険者名	市町村名を記入してください。
受給者証番号	11桁の受給者証番号を記入してください。
受給者氏名	受給者氏名を記入してください。
診療年月	明細書等(写)の 診療年月 を記入してください。
請求年月	明細書等(写)を岩手県国保連合会へ 提出した年月 を記入してください。
取下げ依頼理由	・取下げを依頼する理由を必ず記入してください。なお、理由によっては依頼を受理しかねる場合があります。その場合は、本会担当より電話にてご連絡いたします。 ・ 調剤報酬については、処方箋発行医療機関コードも記入してください。

送付先	〒020-0025 盛岡市大沢川原3-7-30 岩手県国保連合会 審査課 福祉・療養費係 あて TEL 019-623-4328
-----	--

令和元年6月版