

令和 年 月 日

大分県後期高齢者医療広域連合 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

[診療報酬明細書等取り下げ依頼書]

下記の理由により、診療報酬明細書等を取り下げ願います。

県外・県内区分	県外分		県内分	
点数表区分	医科	歯科	調剤	訪問看護
医療機関等コード	(総合病院診療科)			
診療年月	年 月分	(請求年月)		年 月
種別	後期高齢者	入院	入院外	
保険者番号	(県 市町村)			
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				
請求点数	点			
取り下げ理由				