

平成 年 月 日

静岡県国民健康保険団体連合会 御中

保険医療機関等  
所在地及び名称  
開設者氏名  
電話番号

印

## 請求取消依頼書

このことについて、下記のとおり取消願いたく依頼いたします。

記

医療機関コード		区分	医・歯・調・看
診療年月	平成 年 月分 (請求月： 年 月)		
保険者番号		保険者名	
記号番号		患者氏名	
子ども医療費	負担者 番号	8322	受給者 番号
制度区分	一般・退職・後期高齢・子ども		入外区分 入院・入院外
請求点数	点		
取消理由			
処方箋発行機関	機関 番号		機関 名称

- ※ 区分・制度区分・入外区分は、該当するものに○をしてください。
- ※ 子ども医療費は、子ども医療費を取消依頼する場合のみ記載してください。
- ※ 子ども医療費のみ取消す場合は、保険者番号・記号番号の記載は必要ありません。
- ※ 制度区分 一般＝国保一般 退職＝国保退職 後期高齢＝後期高齢者  
子ども＝子ども医療費
- ※ 国保と子ども医療費を併せて、取消依頼する場合は「一般」と「子ども」両方に○をしてください。
- ※ 処方箋発行機関は、調剤薬局のみ記載してください。

連合会使用欄	担当	月分	査定	返戻日
当月			有・無	
再審査			有・無	