

島根県国民健康保険団体連合会 御中

医療機関
等コード

保険医療
機関等の
所在地及
び名称

電話番号

福祉及び乳幼児等医療費請求書 取下げ(返戻)依頼書

以下の理由により、福祉及び乳幼児等医療費請求書を取下げ(返戻)願います。

点数表区分	1. 医科			2. 歯科			3. 調剤		
保険者番号				被保険証記号・番号 被保険者番号					
公費負担者番号				公費受給者番号					
フリガナ									
対象者氏名									

診療年月			入外区分		請求点数	
平成・令和	年	月	入院・外来		点	
平成・令和	年	月	入院・外来		点	
平成・令和	年	月	入院・外来		点	
平成・令和	年	月	入院・外来		点	
平成・令和	年	月	入院・外来		点	

取下げ(返戻)の理由	
1. 保険変更のため	4. 請求点数誤りのため
2. 労災適用のため	5. その他(以下の余白に理由を記入)
3. 他法併用のため	