

診療報酬明細書の取り下げ依頼書の記載要領

- ①取り下げ依頼書の提出年月日を記入して下さい。
- ②保険医療機関（調剤薬局）コード7桁を記入して下さい。
- ③所在地を記入して下さい。
- ④名称を記入して下さい。
- ⑤電話番号は、直通番号（内線番号があればその番号）を記入して下さい。
- ⑥担当者名を記入して下さい。
- ⑦診療（調剤）年月を記入して下さい。
- ⑧明細書を提出（請求）した年月を記入して下さい。
- ⑨社会保険の保険者番号を記入して下さい。
- ⑩明細書の該当する点数表（医科・歯科・調剤）を○で囲んで下さい。
- ⑪被保険者名、フリガナを記入して下さい。
- ⑫社会保険記号番号を記入して下さい。
- ⑬該当する元号を○で囲み、生年月日を記入して下さい。
- ⑭明細書の該当する入院コードを○で囲んで下さい。
- ⑮当初請求点数を記入して下さい。
- ⑯明細書の該当する外来コードを○で囲んで下さい。
- ⑰公費負担者番号及び公費受給者番号を記入して下さい。
- ⑱調剤薬局の場合は、処方箋を発行した医療機関名及び医療機関コードを記入して下さい。
- ⑲該当する取り下げ理由の番号を○で囲んで下さい。
- ⑳該当する取り下げ理由が3.その他の場合は具体的に理由を記入して下さい。

社保の医療費助成用診療報酬明細書の取り下げ依頼書

①平成 年 月 日

川崎市 長

医療機関コード： ②  
 所在地： ③  
 名称： ④  
 電話番号： ⑤  
 (担当者)： ⑥

下記のとおり診療報酬明細書の取り下げを依頼します。(国保・後期分は、国保連合会が取り扱います。)

診療月	平成	⑦年	月分	明細書提出月	平成	⑧年	月
保険者番号	⑨			点数表	⑩ 医科・歯科・調剤		
フリガナ 被保険者名	⑪			被保険者証の 記号番号	⑫		
生年月日	大・昭・平	⑬年	月 日	⑭入院コード	1本入・3六入(三入)・5家入・7高入ー・9高入7		
請求点数	⑮		点	⑯外来コード	2本外・4六外(三外)・6家外・8高外ー・0高外7		
公費負担者番号				処方元医療機関名			
公費受給者番号		⑰		医療機関コード	⑱		

<取り下げ理由>

3. 他を選択した場合は、具体的な理由を記入してください。

(3. 他 の場合の具体的な理由)

1. 労働災害 ⑲ 2. 第三者行為 3. その他	⑳
---------------------------------	---

※病名、診療内容の記載漏れ、記載誤り等による減点査定を理由とした診療報酬明細書の取り下げ依頼は受付できません。審査結果に係るものは、再審査申請理由書の提出をお願いします。

給付割合変更は別の手続きとなります。負担割合に変更のない保険変更については届出は不要。

送付先 \* 下記へ郵送にてご提出願います。

〒210-8577 川崎市川崎区宮本町1  
 川崎市 こども本部こども家庭課 健康福祉局 障害福祉課 健康福祉局 環境保健課  
 電話：044-200-2695 電話：044-200-2696 電話：044-200-2487