

訪問看護療養費明細書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神奈川県国保連合会に請求する時に使用するステーションコード^②を記入して下さい。
- ③訪問看護ステーションの所在地を記入して下さい。
- ④訪問看護ステーションの名称を記入して下さい。
- ⑤電訪問看護ステーション（連絡先）の電話番号を記入して下さい。
- ⑥担当者の氏名を記入して下さい。
- ⑦訪問月を記入して下さい。
- ⑧神奈川県国保連合会への提出月日（請求月日）を記入して下さい。
- ⑨保険者番号を記入して下さい。
- ⑩被保険者証の記号番号を記入して下さい。
- ⑪患者の氏名を記入して下さい。
- ⑫該当する保険の種類を○で囲んで下さい。
- ⑬給付割合を記入して下さい。
- ⑭合計金額を記入して下さい。
- ⑮公費負担者番号及び公費受給者番号を記入して下さい。
- ⑯該当する取り下げ理由の番号を○で囲んで下さい。
- ⑰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訪問看護療養費明細書取り下げ依頼書

① 平成 年 月 日

川崎市 市長

ステーションコード： ②
 所在地： ③
 ステーション名： ④
 電話番号： ⑤
 (担当者)： ⑥

下記のとおり訪問看護療養費明細書の取り下げを依頼します。

| | | | | | | | | |
|------------|-----------|---|----|------------|------|---|---|---|
| 訪問月 | 平成 | 年 | 月分 | 連合会提出日 | 平成 | 年 | 月 | 日 |
| 保険者番号 | ⑨ | | | 被保険者証の記号番号 | ⑩ | | | |
| 療養を受けた者の氏名 | ⑪ | | | 区分 | ⑫ 社保 | | | |
| 給付割合 | ⑬ 7・8・9 割 | | | 合計金額 | ⑭ 円 | | | |
| 公費負担者番号 | ⑮ | | | | | | | |
| 公費受給者番号 | | | | | | | | |

取り下げ理由
 3.その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.その他の場合の具体的な理由)

| | |
|-------------------------------|---|
| 1. 労働災害 2. 第三者行為 3. その他 | ⑯ |
|-------------------------------|---|

※療養内容の記載漏れ、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
 電話:044-200-2695 電話:044-200-2696