令和　　年　　月　　日

大分県後期高齢者医療広域連合長　　殿

保険医療機関等の
所在地及び名称

開設者氏名

電話番号

FAX番号

医療機関コード

診療報酬明細書等取下げ依頼書

下記により、診療報酬明細書等を取下げ願います。

No.	県内 県外	点数表	請求年月 診療年月	入外区分	保険者番号	被保険者番号	カナ 患者氏名	請求点数	取下げ理由
1									
2									
3									
4									
5									
6									

No.	県内 県外	点数表	請求年月 診療年月	入外区分	保険者番号	被保険者番号	カナ 患者氏名	請求点数	取下げ理由
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									