

取り消し(返戻)依頼書を国保連合会に提出する年月日を記載

- ① 子 ども
② 障 害 者
③ 母 子・父 子
④ 家 庭
⑤ 精 神 障 害

医療費請求書の取り消し(返戻)依頼書

国保連合会に医療費請求書を提出した年月を記載 (①)

請求年月	令和 6 年 4 月 ~ 年 月		
市町村名	名古屋市	受給者番号	12345678
医療費請求書に記載した市町村名を記載 (②)		訪問年月 及び 当初 請求金額	令和 6 年 3 月訪問分 50,000 円
氏名			年 月訪問分 円
医療費請求書に記載した氏名を記載 (⑤)			医療費請求書に記載した診療月、総点数を記載 (③、⑥) 円
			年 月訪問分 円
理由	1. 労災に変更のため 2. 保険変更のため 3. 他法と併用のため 4. 診療内容請求もれのため 5. // 誤請求のため 6. その他(理由簡記)		

取り消しの理由に○
1～5以外の理由の場合は、理由を簡記

上記医療費請求書を返戻願います。

点数表区分 6. 訪問看護ステーション

医療機関(薬局)コード 019, 999, 9

医療機関(薬局)名称 国保連ステーション

電話番号 052-000-0000

① 令和 6 年 4 月 8 日	
国保特例	社保・国保組合
医療費請求書	
② 名古屋市 長様	③ 令和 6 年 3 月分を下記のとおり請求します。
訪問看護ステーションの所在地及び名称	名古屋市～ 国保連ステーション 〇〇 〇〇
指定訪問看護事業者等氏名	〇〇 〇〇
金額 円	請求総件数 件分 枚の内 枚
④ 1 2 3 4 5 6 7 8	⑤ 国保 連太郎 ⑥ 50,000
⑦ 国保 連太郎	⑧ 50,000
⑨ 2・1	⑩ 2・1