

特定健康診査・特定保健指導請求結果データに係る返戻(取消し)依頼書

提出日 平成 年 月 日

長 様

健診等機関の所在地及び名称

\_\_\_\_\_

開設者(代表者)名

電話番号

( )

健診・指導 区分	1・健診 2・保健指導	保険者番号						
健診等機関番号		2	3					
受診券・利用券整理番号								
受診日		年 月 日			*受診日は西暦で記入			
被保険者証番号								
被保険者氏名			性別 生年月日	男・女 明・大・昭・平 年 月 日				

理由 (\*該当する理由の番号または記号を で囲む)

- 1 被保険者証番号の誤り
- 2 受診券・利用券の整理番号の誤り
- 3 受診者・利用者氏名の誤り
- 4 該当なし
- 5 保険者番号との不一致
- 6 資格喪失後の受診
- 7 重複請求
- 8 健診・保健指導機関からの取下げ依頼
- 9 その他
  - a 契約内容誤り
  - b 遡及分
  - c 窓口負担金誤り
  - d 生年月日誤り
  - e 性別誤り
  - f 生活機能評価関連誤り
  - g 健診等結果内容誤り
  - h その他

[ ]