

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(記載例)

提出日 平成 年 月 日

長 様

提出年月日を記載

当該保険者名を記載

健診等機関の所在地及び名称

健診等機関所在地(住所)を記載

機関登録時の届出印を押印

健診等機関開設者(代表者名)を記載

開設者(代表者)名

連絡先電話番号を記載

電話番号

保険者番号 8 桁を記載  
0023 × × × ×、3923 × × × × 等

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	健診、保健指導実施年月日を西暦で記載
被保険者証番号			被保険者証に記載の被保険者証番号を記載 「0」、「」等省略しない
被保険者氏名	被保険者氏名を記載	性別 生年月日	男・女 明・大・昭・平 年 月 日

健診等機関番号 10 桁を記載

受診券・利用券整理番号 11 桁を記載  
「0」等省略しない

「2」を  
で囲む  
特定健診の場合「1」、  
保健指導の場合

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 ( )

被保険者の該当する性別、年号を  
で囲み生年月日を記載  
生年は和暦で記載

該当する理由の番号を  
その他の場合は具体的内容を記載  
で囲む