

愛知県国民健康保険団体連合会 御中

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 家 庭
- ④ 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)

医科、歯科の場合
入院 または入院外に○

請求年月	令和 6 年 4 月 ~ 年 月	※入院	<input checked="" type="radio"/> 入院外
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)		診療(調剤)年月	令和 6 年 3 月診療分 500 点
氏名	国保 連太郎	及び	年 月診療分 点
医療費請求書に記載した氏名を記載 (⑤)		当初請求点数	医療費請求書に記載した診療月、総点数を記載 (③、⑥)
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

※医科と歯科については、入院・入院外のいずれかに○をつけてください。

上記医療費請求書を返戻願います。

点数表区分 1. 医科 3. 歯科 4. 調剤

医療機関(薬局)コード 010, 999, 9

医療機関(薬局)名称 国保連クリニック

電話番号 052-000-0000

① 子 ども ② 障 害 者 ③ 母 子・父 子 家 庭 ④ 精 神 障 害		医療費請求書		① 令和 6年 4月 8日	
国保特例	社保・国保組合	県番号	表別	機 関 番 号	
		2	3	1	0109999
② 名古屋市 長様 ③ 入院外		医療機関所在地 名古屋市~ 名 称 開設者氏名 ○○ ○○ 電 話 052-000-000		令和 6 年 3 月分を下記のとおり請求します。	
金額		円		請求総件数	件分 枚の内 枚
④	1	2	3	4	5
⑤	6	7	8	⑥	9
1	2	3	4	500	2・1
1	2	3	4	500	2・1