

年 月 日

長崎県後期高齢者医療広域連合長 様

保険医療機関等コード						

保険医療機関等の所在地及び名称

開設者

印

後期高齢者医療診療報酬等の取り下げ依頼について（返戻依頼）

後期高齢者医療診療報酬明細書のうち、下記の患者分について既請求明細書の取り消しを依頼いたします。

記

保険者番号	
被保険者番号	
被保険者氏名	
生年月日	年 月 日
診療年月	年 月分
請求年月	年 月請求
入・外別	入院 ・ 外来
請求点数	点
公費負担者番号	
公費受給者番号	
取り下げの理由	
担当者名・連絡先	

※保険者使用欄 処理年月日	
------------------	--