

【 診療(調剤)報酬明細書等 訂正・取消依頼書 】

岡山県国民健康保険団体連合会 御中

令和 年 月 日

保険医療機関の
所在地及び名称
開設者氏名
電話番号

下記理由により、診療(調剤)報酬明細書等を **訂正** **取消** 願います。(どちらか○で囲む)

※既請求のレセプトの情報を記載。ただし、資格確認結果連絡書により、振替・分割が通知されたレセプトの場合、同連絡書の「資格確認結果内容」欄の情報を記載。

1	点数表 区分	1:医科 2:DPC 3:歯科	医療機関 コード	
		4:調剤 6:訪看 9:柔整	カルテ番号	
2	保険種別	1:国保 3:後期 4:退職	本人家族 入外区分	1:本入 3:六入 5:家入 7:高入一 9:高入7 2:本外 4:六外 6:家外 8:高外一 0:高外7
3	保険者番号		記号・番号	
4	公費負担者番号		公費受給者番号	
5	フリガナ		性別	1:男 2:女
	氏名		生年月日	1:明 2:大 3:昭 年 月 日 4:平 5:令
6	診療年月 請求年月 請求点数	年 月診療分(年 月請求)	年 月診療分(年 月請求)	点
		年 月診療分(年 月請求)	年 月診療分(年 月請求)	点
		年 月診療分(年 月請求)	年 月診療分(年 月請求)	点
		年 月診療分(年 月請求)	年 月診療分(年 月請求)	点
		年 月診療分(年 月請求)	年 月診療分(年 月請求)	点
7	理由(該当番号を○で囲む)			
	1:資格関係誤りのため 2:公費等誤りのため 3:一部負担金誤りのため 4:労災保険に変更のため 5:自賠責保険に変更のため 6:重複請求のため 7:※その他記載誤りのため(傷病名等・医薬品、診療行為等・その他) ※該当するものを○で囲み修正箇所を記入(必須)			

【 注意事項 】

※ 訂正の場合 ⇒ 訂正したレセプト(添付文書含む)を添付のうえ提出してください。
(当月請求分のみ) 提出期日は、県外保険者分【毎月15日必着】、県内保険者分【毎月20日必着】です。
各期日が閉館日(土日祝)の場合、直前の平日必着となります。
提出期日までに到着した場合であっても、レセプトの状態等によっては
訂正依頼として処理できない場合があります。予めご了承ください。

※ 取消の場合 ⇒ レセプトの添付は必要ありません。なお、当月請求分は処理が間に合わない場合、翌々月
以降での過誤返戻とさせていただきますので、できるだけ早急に提出してください。
減点箇所、減点内容に関するレセプトの修正(病名やコメントの追加及び記載誤りによる
請求内容の修正)についての取消はお受けできません。
減点に対する不服申し立てについては、再審査請求をお願いいたします。

送付先 〒700-8568
岡山市北区桑田町17番5号
岡山県国民健康保険団体連合会 審査管理課
TEL 086-223-8829