

事 務 連 絡  
年 月 日

御中

### 診療報酬明細書の返戻（取下）依頼書

保険医療機関等コード \_\_\_\_\_

保険医療機関等名称 \_\_\_\_\_

所 在 地 \_\_\_\_\_

電 話 番 号 \_\_\_\_\_

保 険 者 番 号	被 保 険 者 番 号	診 療 月	入 外	被 保 険 者 名	請 求 点 数	診 療 科	理 由