

事 務 連 絡
年 月 日

御中

返戻(取下)対象レセプトが、群馬県外の
保険者(市区町村)の場合は、その都道府県
の国民健康保険団体連合会宛てとしてくだ
さい。

なお、他の都道府県の国民健康保険団体
連合会を通じての返戻であるため、数か
月の期間を要する場合がありますので、予
め御了承くださるようお願いいたします。

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

該当保険者の都道府県が同一であっても、保険者(番
号)が異なる場合は、当該様式は別に(保険者毎に)作成
してください。