

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 証		診 療 年 月	入 外	被 保 険 者 名 (カ ナ)	請 求 点 数	生 年 月 日	性 別	理 由
	記 号	番 号							