

# 保険医療機関・保険薬局・訪問看護事業所の皆さまへ

福島県国民健康保険団体連合会

## 《「取下げ依頼書」の記載要領について》

取下げ依頼を行う場合の「取下げ依頼書」は、対象となるレセプト1件ごとに作成し、本会に提出してください。

1. 「点数表」欄は、該当する点数表の□にチェック(☑)を入れてください。「医療機関等コード」欄は、医療機関等コード7桁を記入してください。
2. 「診療等年月」欄は、診療(調剤・訪問看護療養)を行った年月を記入してください。「請求年月」欄は、本会へ請求した年月(通常は診療等年月の翌月)を記入してください。「保険種別1・2」欄は、それぞれ該当する種別の□にチェック(☑)を入れてください。「本人・家族」欄は、該当する種別の□にチェック(☑)を入れてください。
3. 「処方箋発行医療機関」欄は、「コード」欄に処方箋発行医療機関の都道府県番号2桁、点数表(該当する点数表の□にチェック(☑))、医療機関コード7桁を記入し、「名称」欄に処方箋発行医療機関の名称を記入してください。(※保険薬局のみ記入)
4. 「保険者番号」欄は、保険者番号を国民健康保険(退職者医療を除く。以下同じ。)については6桁(右詰め)を記入し、退職者医療・後期高齢者医療については8桁を記入してください。「記号・番号」欄は、国民健康保険・退職者医療については被保険者証の記号・番号を記入し、後期高齢者医療については被保険者証番号8桁を記入してください。
5. 「公費負担者番号」欄は、受給資格証等の公費負担者番号8桁を記入してください。「公費受給者番号」欄は、受給資格証等の公費受給者番号7桁を記入してください。(※公費が二種類以上の場合は、第一公費分のみ記入してください。)
6. 「患者氏名」欄は、氏名を記入のうえフリガナも記入してください。「生年月日」欄は、該当する元号の□にチェック(☑)を入れ、生年月日を記入してください。「性別」欄は、該当する性別の□にチェック(☑)を入れてください。
7. 「請求点数(金額)」欄、「一部負担金」欄、「食事・生活請求金額」欄及び「標準負担額」欄は、当初請求した合計点数又は金額を記入してください。
8. 「取下げ理由」欄は、該当する取下げ理由の□にチェック(☑)を入れ、「請求内容」欄に請求内容を記入してください。

## 《その他留意事項について》

1. 傷病名の欠落、記載誤り等による減点査定を理由とした取下げ依頼は受付できない場合があります。
2. 減点査定に対する不服申し立てについては、再審査請求書にて依頼してください。
3. 提出方法については、個人情報保護の観点から郵送または持参にてお願いします。(※FAX送信不可)
4. オンライン請求機関については、「取下げ依頼」がオンライン送信可能となります。
5. 本会ホームページ ( <http://www.fukushima-kokuho.jp> 「保険医療機関・施術所の方へ」内) にデータ入力用の本様式を公開しておりますので、御利用ください。

### 《送付先・問い合わせ先》

〒960-8043

福島市中町3番7号 福島県国保会館

福島県国民健康保険団体連合会 業務審査課

電話番号(直通)024-523-2804、024-523-2761