

診療（調剤）報酬明細書・訪問看護療養費明細書の取消（返戻）依頼書

令和 年 月 日

医科	歯科	調剤	訪問
----	----	----	----

(○を付してください。)

保険者番号	
-------	--

医療機関（薬局・ステーション）
コード

保険医療機関等名

所在地

電話番号

診療年月	入・外	記号・番号	公費負担者番号	公費負担医療受給者番号	被保険者氏名	請求点数(参考)	診療科	取消の理由

※作成上の注意点

- ・ 医療機関（薬局・ステーション）コード、保険医療機関等名、所在地及び電話番号は必ず記入してください。
- ・ 保険者・後期高齢者医療広域連合ごとに作成してください。
- ・ レセプト請求当月分と、それ以前分を取消（返戻）依頼される場合は、それぞれ別々に取消（返戻）依頼書を作成してください。また、同一被保険者で複数月ある場合は、同一用紙に連続して記入してください。
- ・ 請求点数は当該レセプトの抽出の参考にさせていただきますので、記入は任意です。また、取消の理由は具体的に記入してください。
- ・ 審査による減点がされたレセプトの場合、返戻依頼の申し出があっても返戻が出来ない場合がありますので、あらかじめご了承ください。
- ・ 依頼したレセプトが返戻されてから、正しいレセプトを提出してください。（お手元に戻る前に提出されると提出されたレセプトが2枚となり、重複請求と見なされる場合があります。）
- ・ 取消（返戻）件数が多いなど、特殊な場合は事前にご連絡ください。