公費負担医療費過誤調整申出書

平成　　年　　月　　日

国保保険者　様

下記のとおり請求に不備がありましたので、取り下げいただきたく当該受給者別一覧（写）を添え依頼します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 診療年月 | 医療機関等コード | 公費法別 | 受給者番号 | 保険者番号 | 被保険者氏名 | 入外 | 保険点数 | 一部負担金（患者負担額） | 返戻理由 | 医療機関等連絡日 |
| 医療機関等名称 | 被保険者証記号・番号 | 生年月日 | 日数 | 公費対象点数 | 医療機関等担当者名 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

（公費負担医療実施者連絡先）

市町村名：

所属部署：

担当者名：

連 絡 先：