

事務連絡
×年×月×日

群馬県国民健康保険団体連合会 へ

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 ×××××××× (7桁)
保険医療機関等名称 国保総合病院
所在地 群馬県××市××町×××-×
電話番号 ×××-××××-××××
担当者氏名 国保 連子

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							
××××××× (国保6桁、退職・後期8桁)	×××	××××××	×年×月	入院 外来	グンマ ケンタ 群馬 県太	×××点	1.明2.大 3.昭4.平 ×年×月×日 5.令	男女	例) 記載事由の不備のため。