

過誤調整依頼書

作成年月日： _____

下記のとおり過誤がありましたので、依頼いたします。

保険者名	
保険者番号	

申出年月		診療（調剤）年月		
点数表		保険医療機関コード・名称		
診療科		保険薬局コード・名称		

保険種別		本人家族入外区分		割合	
被保険者証記号・番号					
被保険者名			生年月日		
				性別	

レセプト全国共通キー		国保連レセプト番号	
------------	--	-----------	--

突合先レセプト			

過誤調整依頼理由

実施主体	
理由	
申出種別	

変更後情報

保険者番号		被保険者証記号	
本人家族入外区分		被保険者証番号	
公費負担者番号 1		公費受給者番号 1	
公費負担者番号 2		公費受給者番号 2	
公費負担者番号 3		公費受給者番号 3	
公費負担者番号 4		公費受給者番号 4	
枝番			

返付依頼整理番号	
----------	--

理由詳細