

平成 年 月 日

鳥取県国民健康保険団体連合会  
審査課オンライン請求システム担当者 様

医療機関（薬局）名  
電話番号  
担当者名

印

オンライン請求システム請求確定レセプトデータ取り消し依頼について

オンライン請求システムにおいて、下記の請求確定したレセプトデータの取り消しを依頼します。

医療機関（薬局）コード	
送信回	
送信日	
請求確定日	
請求確定件数	
取り消し理由	
備考	