

請求データ削除依頼書

医療機関(薬局)コード	
医療機関(薬局)名称	
電話番号	
担当者名	
点数表区分	DPC ・ 医科 ・ 歯科 ・ 調剤
データ送信年月日 及び送信回数	令和 年 月 日 (回目) 令和 年 月 日 (回目)
診療月	年 月診療分
請求方法	オンライン
削除依頼理由	

上記の件について請求データ削除を依頼いたします。

令和 年 月 日

医療機関(薬局)名称

(印)

支払基金受付印欄

(送付先) 社会保険診療報酬支払基金鹿児島支部 審査業務課 〒890-8552 鹿児島県鹿児島市宇宿1丁目52番12号 TEL(099)255-0121 FAX(099)259-4642
--

※ 当依頼書については、オンライン請求後のデータを削除する場合にご使用願います。