

資料1 東京都機缶健康保険組合返戻通知

理由「中止後1ヶ月以内初検扱いはいかがか」

支給決議書	支給額	万 千 百 拾 円	所長 (常務理事)	次長 (事務長)	課長	係長	係員
	支給期間	年 月 日 年 月 日 日間					
	資格取得	44年3月21日					
	資格喪失	年 月 日					

過誤理由付せん

保険者番号又は市町村番号 06135172

- 1 ①記号、番号、患者名の誤り又は誤り ②認定外家族 ③該当者なし  
④旧証によるもの ⑤保険者番号と記号の不一致
- 2 ①区分、生年、診療開始日 ②実日数 ③傷病名及び診療項目(摘要を含む)欄の誤り ④診療開始日の誤りによる初診料の算定誤り ⑤生年の誤りによる乳幼児加算の算定誤り
- 3 ①固定点数誤り ①初診・再診・往診 ②投薬 ③注射 ④処置 ⑤検査  
⑥レントゲン ⑦手術 ⑧入院 ⑨その他( )
- 4 請求点数誤り(横計・縦計)
- 5 一部負担金の誤り(初診・入院外・入院)
- 6 診療内容に関するもの
- 7 給付期間満了(満了 年 月 日)
- 8 給付対象外傷病(業務上)
- 9 給付対象外傷病(適用外)継続承認傷病名 \_\_\_\_\_
- 10 保険者番号欄の番号が他保険者分であるもの
- 11 資格喪失後受診(喪失 年 月 日)  
(延回収 年 月 日)
- 12 重複請求
- 13 本人・家族の誤り 変更先保険者 \_\_\_\_\_
- 14 請求先変更(新設、合併等)(市町村)番号 \_\_\_\_\_  
老人保健該当
- 15 医療機関からの取消依頼
- 16 その他(理由簡記)

下欄は否全の機械処理に必要で手から記入しないでください。

過誤情報	点	特殊	識別	過誤理由	増減	区分	整理	件	数

◎再請求の場合は、この付せんを貼付のまま提出してください。

(理由)

中止後1ヶ月以内に初検扱い

い、か、い、か