

廃止等旧機関の過誤精算に係る届出書

令和 年 月 日

高知県国民健康保険団体連合会理事長 様

(保険医療機関・保険薬局・訪問看護ステーション・施術所名)
※機関コードも必ず表記してください。

印

廃止等に伴う過誤精算の方法について

(機関名) _____ (機関コード) _____ は、

令和 年 月 日に廃止いたしました。

今後における過誤調整に係る精算方法については、下記により行うことを届け出ます。

記

1 現金（振込）にて返還する。

2 次の機関にて過誤相殺する。

精算先となる医療機関等

医療機関等コード							
医療機関等名称							

※□のどちらかをチェック（レ）のうえ御返送ください。