**公害診療（調剤）報酬明細書過誤調整依頼書**

北九州市長　様

公害医療機関　所在地

　　　　　　　　　名称

　　　　　　　　　電話

既に支払決定を受けております公害診療（調剤）報酬明細書について、下記の理由により、過誤調整を依頼します。

令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 北九州市公害医療機関コード |  |  |  |  |  | 診療年月 | 　　　年　　月 |
| 認定患者 | 記号番号 | 北九公－ | 入外区分 | 入院・外来 |
| 氏　　名 |  | 生年月日 | MT　　・　　・S |
| 過誤調整の理由 |

※病名の記載漏れ、症状詳記の添付漏れを理由にした過誤調整の依頼はできません。また、審査結果に疑義がある等の理由によるものについては、「再審査請求」となりますので、別様式となります。お手数ですが、再度公害保健係へご連絡ください。

※この依頼書に、内容を修正した（本来請求する予定であった）明細書を２部添付してご提出ください。既に支払決定を行っている内容に係る明細書及び公害診療（調剤）報酬請求書の添付は不要です。