様式１４

整理番号

医療機器保険適用取下げ書

（保険適用区分　Ａ１・Ａ２・Ｂ１）

|  |  |
| --- | --- |
| 販売名 |  |
| 添付文書（URL） |  |
| 製造販売承認、認証又は届出番号 |  |
| 承認年月日、認証年月日又は届出年月日（又は最終一部変更年月日） |  | 保険適用年月日 |  |
| 製造輸入の別 |  | 製品名・製品コード |  |
| 製品概要 |  |
| 使用目的 |  |
| 機能区分・特定診療報酬算定医療機器の区分 |  | 関連診療報酬項目 |  |
| 取下げ理由 |  |
| 連絡先 | 担当者氏名：  | 電話番号：E-mail： |
| 備考 |  |
|

　上記のとおり、保険適用の取下げを希望します。

　年　　月　　日

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地 ）

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名 ）

厚生労働大臣　殿