

【様式 1-2】（社会保険診療報酬支払基金取扱分）

令和 年 月 日

返還同意書

厚生局長 様

医療機関（薬局）コード _____

医療機関（薬局）名 _____

所在地 _____

開設者氏名 _____

連絡先担当者名 _____

連絡先住所 _____

連絡先電話番号 _____

において指摘のあった事項に係る診療（調剤）報酬の返還額等は下記のとおりであり、かかる返還金については、今後支払われる診療（調剤）報酬から控除されることにより返還することに同意し、仮に控除処理ができない場合は直接返還に同意します。

記

I 返還の対象となった診療（調剤）報酬の請求年月

平成 年 月 診療分 ~ 令和 年 月 診療分

II 内訳

（単位：円）

区分	件数	療養の給付	食事療養費 生活療養費	合計
医療保険				
公費負担医療				
指定公費				
合計				

III 保険者別、受診者別返還金額内訳

別添「保険者別返還金額一覧表」、「返還内訳書」のとおり。