

## 【様式2-1】（国民健康保険団体連合会取扱分）

令和 年 月 日

## 返還同意書

知事様

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 ~ 平成 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				
後期高齢者医療				
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。