

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 ～ 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				
生 活 保 護				
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。