様式Ｂ－１（社会保険）

返　還　内　訳　書

点数表＿＿

医療機関（薬局）コード＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保険者番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　医療機関（薬局）名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保険者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　（　　－　　枚）

No	受給者番号 記号・番号	受診者名	生年月日	性別	診療（調剤）年月	入外区分	給付割合	療養の給付		高額療養費の有無	食事生活療養費（返額）	事由
								点数	金額（返還額）			
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
小計（　　件）												
合計（　　件）												