

様式B-2 (公費併用)

返還内訳書

公費番号 _____

点数表 _____

公費実施機関 _____

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		費 高 額 有 療 無 養	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)												