

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 險 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 無 療 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)												