

返還内訳書（旧老人保健：社会保険）

市区町村番号: 市区町村名: 保険者番号: 保険者名: 医療機関コード: 医療機関等名称:

老人医療受給者番号	被保険者証 (記号・番号)	診療 年月	受診者氏名	入・外 区分	負 担 割 合	返還額内訳(療養の給付)						食事療養 費 (返還額)	公費 (併用)	高額療 養費 (該当 の場合 ○)		
						返還項目①	返還項目②	返還項目③	返還項目④	返還項目⑤	返還項目⑥					
小計						(0)件										

(注)保険者番号ごとに別に作成してください。