

令和 年 月 日

## 返 還 同 意 書 ( 国 民 健 康 保 険 )

知 事 様

医 療 機 関 コー ド

医 療 機 関 等 名

所 在 地

開 設 者 名

にかかる診療(調剤)報酬の返還金額等は、下記のとおりです。なお、返還については、今後支払われる診療(調剤)報酬から控除することにより返還することに同意します。

また、控除できない場合は、該当する保険者へ直接返還することに同意します。

## 記

## 1 返還の対象となった診療(調剤)報酬請求年月

平成 年 月診療(調剤)分から平成 年 月診療(調剤)分まで

## 2 内 訳

区分	件数	療養の給付	指定公費	食事療養費	合計
国民健康保険 (市町村)	件 うち指定公費	円	円	円	円
国民健康保険 (組合)	件 うち指定公費	円	円	円	円
退職者医療	件	円		円	円
後期高齢者医療	件	円		円	円
旧老人保健 (社保)	件	円		円	円
旧老人保健 (国保)	件	円		円	円
公費負担医療	件	円		円	円
合計	件 うち指定公費	円	円	円	円

## 3 保険者別及び受給者別内訳

別添「返還金額一覧表」及び「返還内訳書」のとおり