

令和 年 月 日

返 還 同 意 書 (生 活 保 護)

様
_____医療機関コード
_____医療機関等名
_____所在地
_____開設者名
_____担当者職氏名
_____連絡先

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同意します。
また、控除できない場合は、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 令和 年 月診療(調剤)分まで

2 内 訳

区 分	件数	療養の給付	食事療養費	合計
生活保護法	件	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