【様式B-6】

返　還　内　訳　書（後　期　高　齢　者　医　療）

保　険　者　名：

保　険　者　番　号：　　市区町村名：

医療機関コード：　　医療機関等名称：

被保険者番号	診療年月		受診者氏名	入・外区分	給付割合	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	返還項目点数計	返還金額			
					割							点	円			
					割							点	円			
					割							点	円			
					割							点	円			
					割							点	円			
					割							点	円			
					割							点	円			
					割							点	円			
					割							点	円			
					割							点	円			
小　計											（　　）件	点	円	円		

（注）保険者番号ごとに別に作成してください。