

【様式B-7】

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)						返還 目 点数計	返還金額	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					
												点	円			
												点	円			
												点	円			
												点	円			
												点	円			
												点	円			
												点	円			
												点	円			
												点	円			
												点	円			
小 計											( 0 )	件	点	円	円	

(注)保険者番号ごとに別に作成してください。