

平成 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

印

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 <small>うち指定公費</small>	円	円	円	円
国民健康保険 (組合)	件 <small>うち指定公費</small>	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 <small>うち指定公費</small>	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