

返 還 同 意 書

_____県知事 様

医療機関（薬局）コード _____
 医療機関（薬局）名 _____
 所 在 地 _____
 開 設 者 氏 名 _____
 連 絡 先 担 当 者 名 _____
 連 絡 先 住 所 _____
 連 絡 先 電 話 番 号 _____

年 月 日に受けた_____において指摘のあった事項に係る診療（調剤）報酬の返還額等は下記のとおりであり、かかる返還金については、該当する保険者へ直接返還することに同意します。

記

I 返還の対象となった診療（調剤）報酬の請求年月

年 月 診療分 ～ 年 月 診療分

II 内 訳

(単位：円)

区 分	件 数	療 養 の 給 付	食 事 療 養 費 生 活 療 養 費	合 計
医 療 保 険				
公 費 負 担 医 療				
指 定 公 費				
後 期 高 齢 者 医 療				
合 計				

III 保険者別、受診者別返還金額内訳

別添「保険者別返還金額一覧表」、「返還内訳書」のとおり。