（別紙４－３a）

# 返　還　内　訳　書【公費併用の公費分】

点　　数　　表　：

保　険　者　番　号：　　保　険　者　名：

医療機関等コード：　　医療機関等名称：

公費負担者番号：　　公費負担者名：

| No | 公費受給者番号 | 被保険者証記号・番号 | 受診者氏名 | 生年月日 | 診療年月 | 入・外区分 | 返還対象点数 | 返還金額(円) | | 指定公費 | 高額療養費 | 事由 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | 療養の給付 | 食事療養費 | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| 小　計（　　件） | | | | | | | 点 | 円 | 円 | | | |
| 合　計（　　件） | | | | | | | 点 | 円 | 円 | | | |

（　　枚のうち　　枚目）