

返 還 同 意 書 《 社 会 保 険 》

九 州 厚 生 局 長 様
福 岡 県 知 事 様

医療機関等コード：

医療機関等名：

〒 ー
所 在 地：

開 設 者 名：

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

1 返還の対象となった診療（調剤）報酬請求年月

平成・令和 年 月診療（調剤）分から 平成・令和 年 月診療（調剤）分まで

2 内 訳

区 分	件 数	療養の給付	食事療養費	合 計
全国健康保険協会 管掌健康保険	件	円	円	円
船 員 保 険	件	円	円	円
組合管掌健康保険	件	円	円	円
共 済 組 合	件	円	円	円
指 定 公 費	件	円	円	円
公 費 負 担 医 療	件	円	円	円
合 計	件	円	円	円

3 保険者別及び受給者別内訳

別添 「保険者別返還金額一覧表」及び「返還内訳書」のとおり

4 納付書送付先

〒 ー 住所：

宛先：

連絡先 作成担当者： (所属部署：)

電話番号： ー ー