

# 返 還 同 意 書 《 国 民 健 康 保 険 》

福 岡 県 知 事 様

医療機関等コード：  
\_\_\_\_\_

医療機関等名：  
\_\_\_\_\_

〒 \_\_\_\_\_  
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
国 民 健 康 保 険	件	円	円	円
退 職 者 医 療	件	円	円	円
後 期 高 齢 者 医 療	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

〒 \_\_\_\_\_ 住所：  
\_\_\_\_\_ 宛先：

連絡先 作成担当者： \_\_\_\_\_ (所属部署： \_\_\_\_\_ )  
電話番号： \_\_\_\_\_