様式１a（社会保険）

返　還　内　訳　書

点数表＿＿

医療機関(薬局)コード＿＿＿＿＿＿＿＿

保険者番号＿＿＿＿＿＿＿＿　　医療機関（薬局）名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保険者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　（　　一　　枚）

No	受給者番号 記号・番号	受診者名	生年 月日	性別	診療 (調剤) 年月	入外区分	給付割合	療養の給付		高額療養費の有無	食事生活療養費(返額)	事由
								点数	金額(返還額)			
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
小　計　（　　件　　）												
合　計　（　　件　　）												