

## 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
県 単 独				
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。