

返還内訳書【公費併用の保険分】

点数表: 保険者番号: 保険者名: 公費負担者番号: 公費負担者名: 医療機関等コード: 医療機関等名称:

| No | 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 | | | |
| | | | | | | 点 | | | | | |
| | | | | | | 点 | | | | | |
| | | | | | | 点 | | | | | |
| | | | | | | 点 | | | | | |
| | | | | | | 点 | | | | | |
| | | | | | | 点 | | | | | |
| | | | | | | 点 | | | | | |
| | | | | | | 点 | | | | | |
| | | | | | | 点 | | | | | |
| | | | | | | 点 | | | | | |
| 小計(件) | | | | | | 点 | | | | | |
| 合計(件) | | | | | | 点 | | | | | |