

返還金関係書類【作成要領】

四国厚生支局

返還金関係書類 名称・様式番号一覧

A 返還同意書	B 保険者別返還金額一覧表	C 返還内訳書	
四国厚生支局長または県知事宛に、返還に関する同意及び返還金の内訳等を記載します。	保険者等の制度別に様式を分けています。「C 返還内訳書」の集計となります。	保険者等の制度別に様式を分けています。請求書毎(患者別、月別等)に記載します。	
A-1 四国厚生支局長あて (社保等)	B-2 社保協会用	C-2 社保協会用	
	B-3 社保船保用	C-3 社保船保用	
	B-4 社保組合用	C-4 社保組合用	
	B-5 社保共済用	C-5 社保共済用	
	B-6 国保一般用	C-6 国保一般用	
	B-7 国保退職用	C-7 国保退職用	
	A-2 県知事あて (国保等)	B-8 国保組合用	C-8 国保組合用
		B-9 後期高齢者医療用	C-9 後期高齢者医療用
		B-10 公費負担医療用	C-10 公費負担医療用
	C-11 生活保護用		
別紙 指摘のあった事項			

※ このページは、返還金関係書類を電子媒体（Excel）で作成する場合に入力するもので、このページの入力項目は、同意書等の返還金関係書類の当該部分にリンクしています。

なお、訪問看護ステーションの名称等について、紙媒体に出力後ゴム印等に対応される場合は、名称等の項目を入力不要として差し支えありません。

返還金関係書類の全てを紙媒体で作成する場合も、入力不要です。

また、同意書等の返還金関係書類の小計等について、可能な事項欄には、あらかじめ計算式を入力しています。必要に応じて、計算式の修正や計算式の追加は問題ありません。

この電子媒体（Excel）を使用いただく場合、セルの追加、削除、結合は、絶対、行わないでください。

1 訪問看護ステーションコードを入力してください。（数字）

2 法人名を名称に含めている場合は、医療法人名を含めた名称で入力してください。

3 法人開設の場合、法人名と代表者名に分けて入力してください。
個人開設の場合、この欄は入力不要で、下欄に入力してください。

4 法人開設の場合、代表者名は、理事長、代表取締役等の役職と個人名で入力してください。

【例】 理事長 ○○ ○○
代表取締役 ☆☆ ☆☆

訪問看護 ステーション	コード	
	名 称	
	所在地	
指定訪問 看護事業者	法人名	
	個人名 法人の場合は代表者名	
点数表(6. 訪問看護)		6
提出年月日		令和 年 月 日

5 点数表の番号は固定のため、入力不要です。

6 99/99/99で入力してください。
令和99年99月99日と入力してもかまいません。

訪問看護ステーションの名称等について、次にご留意のうえ記載してください。
なお、記載に代えてゴム印等でも構いません。

- ① 訪問看護ステーションコード欄について、指定通知書に記載しているコードを記載してください。
(数字)
- ② 訪問看護ステーション名称欄について、指定通知書に記載している名称を記載してください。
(医療法人名等の法人名を名称に含めている場合は、法人名を含めた名称で入力してください。)
- ③ 指定訪問看護事業者名欄について、法人開設の場合は、法人名、代表者の役職名、代表者名を記載してください。
個人開設の場合は、指定訪問看護事業者である個人名を記載してください。

【代表者の役職名、代表者名の記載例】

理事長 ○○ ○○
代表取締役 ☆☆ ☆☆

- ④ 点数表欄について、「6」を記載してください。

【返還同意書】様式 A－１、２

(A-1)

令和 年 月 日

返 還 同 意 書

四国厚生支局長 様

(〇〇県知事 様)

訪問看護ステーションコード _____

訪問看護ステーション名称 _____

所在地 _____

指定訪問看護事業者名 _____

令和 年 月 日に行われた _____ において指摘のあった事項に係る
訪問看護療養費の返還金額等については下記のとおりです。

なお、返還については、

☒ 今後支払われる訪問看護療養費から控除することにより返還することに同意します。

☐ 該当する保険者等へ直接返還することに同意します。

記

1. 返還の対象となった訪問看護療養費請求年月

令和 年 月 日から 令和 年 月 月

2. 内訳

区 分	件 数	療養の給付
全国健康保険協会		
船員保険		
健康保険組合		
共済組合		
合計		

3. 保険者別及び受給者別内訳

別紙「保険者別返還金額一覧表」、「返還内訳書」のとおり。

4. 指摘のあった事項は別紙のとおり

※ 返還同意書は、四国厚生支局長宛て(A-1)と県知事宛て(A-2)があります。

それぞれの様式の「2.内訳」を参照のうえ、宛先別に作成してください。

1 返還方法

☐ のどちらかにチェックをつけてください。

なお、訪問看護療養費の債権譲渡をされている場合は、直接返還を選択してください。

2 件数欄には、返還内訳書(様式番号の先頭:C)の行数の合計

(返還対象になる訪問看護療養費明細書の枚数)を記載してください。

3 「療養の給付」の合計を記載してください。

4 「療養の給付」を足した合計を記載してください。

【返還同意書】様式A-1、2の別紙

別紙

指摘のあった事項

(例)

1 ××××××

(1) ×××××××××××××××××××× 5,550円

(2) ×××××××××××××××××××× 6,550円

2 ××××××

(1) ×××××××××××××××××××× 3,000円

(2) ×××××××××××××××××××× 2,500円

訪問看護ステーションコード _____

訪問看護ステーション名称 _____

所在地 _____

指定訪問看護事業者名

※ 個別指導等における指摘事項の自主返還に関する事項
(項目)に、番号を付して記載してください。
この番号を、返還内訳書の事由欄に記載します。

※ 指摘事項について、それぞれの費用の額を記載してください。(合計額は記載不要です。)

【保險者別返還金額一覽表】樣式B-2～5（社保關係）

[illegible]

1 B-2 社保協会用、B-3 社保船保用、B-4 社保組合用、
B-5 社保共済用があります。

2 「()枚」欄

左側に当該一覧表に係る合計枚数を記載し、右側に枚数目を記載してください。

3 「保険者番号」及び「保険者名」欄

医療保険各法の保険者番号・保険者名を記載してください。

4 「本人家族」欄

次の区分に応じ、該当する数字を記載してください。

この区分は、レセプトにおける本人家族欄(レセプトの右上欄)と同じです。

本人 2

6歲 4

家族 6

高齡受給者・後期高齡者医療

一般・低所得者外来 8

高齡受給者・後期高齡者医療

7割給付外来 0

※ 公費該当者はB-10の作成が必要です。

5「療養の給付」欄

「所定額」欄

返還の指摘を受けた訪問看護療養費の所定額を記載してください。

「金額(返還額)」の項

療養の給付に係る返還額を、療養の給付割合に従い記載してください。

7 「保險者数」欄

返還を行う対象の保険者の数を記載してください。

合計は、通し番号の最終番号となります。

6 「小計」及び「合計」欄

小計は、保険者別返還金額一覧表1枚毎の計を記載してください。

合計は、当該一覧表に係る総合計を、最上部((○-1)枚の頁)に記載してください。

【保險者別返還金額一覽表】樣式B-6～8（国保關係）

[illegible]

1 B-6 国保一般用、B-7 国保退職用、B-8 国保組合用があります。

2 「()枚」欄
左側に当該一覧表に係る合計枚数を記載し、右側に枚数目を記載してください。

3 「保険者番号」及び「保険者名」欄
医療保険各法の保険者番号・保険者名を記載してください。
国民健康保険の保険者番号は、法別番号「67」を除く下6桁
を記載してください。
なお、保険者番号の小さいものから順番に記載してください。

4 「本人家族」欄
次の区分に応じ、該当する数字を記載してください。
この区分は、レセプトにおける本人家族欄(レセプトの
右上欄)と同じです。

本人	・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	2
6 歳	・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	4
家族	・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	6
高齢受給者・後期高齢者医療 一般・低所得者	・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	8
高齢受給者・後期高齢者医療 7割給付	・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	0

※ 公費該当者はB-10の作成が必要です。

7 「保険者数」欄
返還を行う対象の保険者の数を記載してください。
合計は、通し番号の最終番号となります。

6 「小計」及び「合計」欄
小計は、保険者別返還金額一覧表1枚毎の計を記載してください。
合計は、当該一覧表に係る総合計を、最上部((○-1)枚の頁)に記載してください。

5 「療養の給付」欄
「所定額」欄
返還の指摘を受けた訪問看護療養費の所定額を記載してください。
「金額(返還額)」の項
療養の給付に係る返還額を、療養の給付割合に従い記載してください。

【保險者別返還金額一覽表】樣式B-9（後期高齢）

[illegible]

1 「()枚」欄

左側に当該一覧表に係る合計枚数を記載し、右側に枚数目を記載してください。

2 「保険者番号」及び「保険者名」欄

高齢者の医療の確保に関する法律による保険者
番号・保険者名を記載してください。

なお、保険者番号の小さいものから順番に記載してください。

また、保険者名については、「後期高齢者医療広域連合(市町村名)」と記載してください。

3 「本人家族」欄

次の区分に応じ、該当する数字を記載してください。

この区分は、レセプトにおける本人家族欄(レセプト上欄)と同じです。

高齢受給者・後期高齢者医療

一般・低所得者 8

高齢受給者・後期高齢者医療

7 割給付外来 0

※ 公費該当者はB-10の作成が必要です。

4 「療養の給付」欄

「所定額」欄

返還の指摘を受けた訪問看護療養費の所定額を記載してください。

「金額(返還額)」の項

療養の給付に係る返還額を、療養の給付割合に従い記載してください。

6 「保險者数」欄

通し番号の数ではなく、返還を行う対象の保険者(市町村)の数を記載してください。

5 「小計」及び「合計」欄

小計は、保険者別返還金額一覧表 1 枚毎の合計を記載してください。

合計は、当該一覧表に係る総合計を、最上部
((○-1)枚の頁)に記載してください。

【保險者別返還金額一覽表】樣式B-10（公費・生保關係）

(B-10) 公費負担者別（制度別）返還金額一覧表

公費負担医療用

点数表 6 訪問看護ステーションコード _____ 訪問看護ステーション _____ （ ）校

No.	公 費 負 担 番 号				医 療 保 険 保 険 者 番 号				本人 家族	療養の給付		備考	
	法 別	府 県	番 号	CD	法 別	府 県	番 号	CD		所定額	金額（返還額） 円 円		
小計												円	
合計												円	

※ 各行の記載は、公費負担番号別、保険者番号別、本人家族別に1行を使用してください。
「No」欄は、保険者毎に、1からの通し番号を記載してください。

※ 各行の記載は、公費負担番号別、保険者番号別、本人
家族別に1行を使用してください。
「No」欄は、保険者毎に、1からの通し番号を記載してくだ
さい。

- 1 「()枚」欄
左側に当該一覧表に係る合計枚数を記載し、右側に枚数目を記載してください。

- 2 「公費負担番号」、「医療保険保険者番号」及び「公費負担者名」欄
公費負担番号、医療保険保険者番号の小さいものから順番に記載してください。

- 3 「本人家族」欄
次の区分に応じ、該当する数字を記載してください。
この区分は、レセプトにおける本人家族欄(レセプトの右上欄)
と同じです。

本人	・ ・ ・ ・ ・	2
6 歳	・ ・ ・ ・ ・	4
家族	・ ・ ・ ・ ・	6
高齢受給者・後期高齢者医療 一般・低所得者	・ ・ ・ ・ ・	8
高齢受給者・後期高齢者医療 7割給付	・ ・ ・ ・ ・	0

※ 保険部分はB-2～9の作成が必要です。

- 4 「療養の給付」欄
「所定額」欄
返還の指摘を受けた訪問看護療養費の所定額を記載してください。
「金額(返還額)」の項
療養の給付に係る返還額を、療養の給付割合に従い記載してください。

- 5 「小計」及び「合計」欄
小計は、保険者別返還金額一覧表1枚
毎の計を記載してください。
合計は、当該一覧表に係る総合を、最上
部((○-1)枚の頁)に記載してください。

※ このページは、返還金関係書類を電子媒体（Excel）で作成する場合に入力するもので、このページの入力項目は、返還内訳書の当該部分にリンクしています。

なお、訪問看護ステーションの名称等について、紙媒体に出力後ゴム印等に対応される場合は、名称等の項目を入力不要として差し支えありません。

返還金関係書類の全てを紙媒体で作成する場合も、入力不要です。

また、同意書等の返還金関係書類の小計等について、可能な事項欄には、あらかじめ計算式を入力しています。必要に応じて、計算式の修正や計算式の追加は問題ありません。

この電子媒体（Excel）を使用いただく場合、セルの追加、削除、結合は、絶対、行わないでください。

1 訪問看護ステーションコードを入力してください。

2 法人名を名称に含めている場合は、法人名を含めた名称で入力してください。

訪問看護 ステーション	コード	
	名 称	
点数表(6. 訪問看護)		6

【返還内訳書】C-2～5(社保関係)

※ C-2社保協会用、C-3社保船員用、C-4社保組合用、C-5社保共済用があります。

[illegible]

- 1 「氏名」欄
指定訪問看護を受けた者の氏名を記載してください。(被保険者名ではありません。)
 - 2 「()枚」欄
左側には、保険者別の家族本人毎に作成した当該保険者に係る返還内訳書の合計枚数を記載してください。右側には、当該保険者に係る返還内訳書の枚数を記載してください。
 - 3 「指定訪問看護年月」欄 訪問看護を行った年月を記載してください。
 - 4 「本人家族」欄
次の区分に応じ、該当する数字を記載してください。この区分は、レセプトにおける本人家族欄(レセプトの右上欄)と同じです。

本人	.....	2
6歳	.....	4
家族	.....	6
高齢受給者・後期高齢者医療一般・低所得者	.....	8
高齢受給者・後期高齢者医療7割給付	.....	0

※公費該当者は様式C-10の作成が必要です。
 - 5 「返還金額等」欄
「所定額」欄・・・返還の指摘を受けた訪問看護療養費の所定額を記載してください。
「療養の給付」欄・・・療養の給付に係る返還額を、給付割合に従い記載してください。
 - 6 「高療の有無」欄
高額療養費の該当の有無を記載してください。
 - 7 「事由」欄
返還の指示があった項目を記載してください。返還同意書の別紙に記載の該当番号を記載してください。
 - 8 「小計」及び「合計」欄
小計は、当該返還内訳書1枚の計を記載してください。
合計は、保険者別の入外区分毎に係る総合計を、上部「()枚」欄が〇～1枚のページに記載してください。

【返還内訳書】C-6～8(国保関係)

※ C-6国保一般用、C-7国保退職用、C-8国保組合用があります。

返 還 内 訳 書									
国保一般用									
保険者番号		点数表 6							
保険者名		訪問看護ステーションコード							
		訪問看護ステーション							
No.	被保険者証の 記号・番号	氏 名	指定訪問 看護年月	本人 家族	給付 割合	返還金額等 所定額	療養の給付	高療 の有無	事 由
			年			円	円		
			月			円	円		
			年			円	円		
			月			円	円		
			年			円	円		
			月			円	円		
			年			円	円		
			月			円	円		
			年			円	円		
			月			円	円		
			年			円	円		
			月			円	円		
			年			円	円		
			月			円	円		
			年			円	円		
			月			円	円		
小 計		(件)				円	円		
合 計		(件)				円	円		

※ 保険者別で本人家族毎に別葉とし、作成してください。
患者別の月毎(訪問看護療養費明細書等の作成単位)に、1行を使用してください。
「No」欄は、1からの通し番号を記載してください。

- 1 「氏名」欄
指定訪問看護を受けた者の氏名を記載してください。(被保険者名ではありません。)
- 2 「(-)枚」欄
左側には、保険者別の家族本人毎に作成した当該保険者に係る返還内訳書の合計枚数を記載してください。
- 3 「指定訪問看護年月」欄
訪問看護を行った年月を記載してください。
- 4 「本人家族」欄
次の区分に応じ、該当する数字を記載してください。この区分は、レセプトにおける本人家族欄(レセプトの右上欄)と同じです。
 本人 2
 6 歳 4
 家族 6
 高齢受給者・後期高齢者医療一般・低所得者 8
 高齢受給者・後期高齢者医療 7 割給付 0
 ※公費該当者は様式C-10の作成が必要です。
- 5 「返還金額等」欄
「所定額」欄 . . . 返還の指摘を受けた訪問看護療養費の所定額を記載してください。
「療養の給付」欄 . . 療養の給付に係る返還額を、給付割合に従い記載してください。
- 6 「高療の有無」欄
高額療養費の該当の有無を記載してください。
- 7 「事由」欄
返還の指示があった項目を記載してください。返還同意書の別紙に記載の該当番号を記載してください。
- 8 「小計」及び「合計」欄
小計は、当該返還内訳書1枚の計を記載してください。
合計は、保険者別の入外区分毎に係る総合計を、上部「(-)枚」欄が〇-1枚のページに記載してください。

【返還内訳書】C-9(後期高齢者医療制度)

[illegible]

- 1 「氏名」欄
指定訪問看護を受けた者の氏名を記載してください。(被保険者名ではありません。)

2 「()枚」欄
左側には、保険者別の本人家族区分毎に作成した当該保険者に係る返還内訳書の合計枚数を記載してください。
右側には、当該保険者に係る返還内訳書の枚数目を記載してください。

3 「指定訪問看護年月」欄 指定訪問看護を行った年月を記載してください。

4 「本人家族」欄
次の区分に応じ、該当する数字を記載してください。この区分は、レセプトにおける本人家族欄(レセプトの右上欄)と同じです。

高齢受給者・後期高齢者医療一般・低所得者	8
高齢受給者・後期高齢者医療7割給付	0

※公費該当者については、様式C-10の作成が必要です。

5 「返還金額等」欄
「所定額」欄・・・返還の指摘を受けた訪問看護療養費の所定額を記載してください。
「療養の給付」欄・・・療養の給付に係る返還額を、給付割合に従い記載してください。

6 「高療の有無」欄
高額療養費の該当の有無を記載してください。

7 「事由」欄
返還の指示があった項目を記載してください。返還同意書の別紙に記載の該当番号を記載してください。

8 「小計」及び「合計」欄
小計は、当該返還内訳書1枚の計を記載してください。
合計は、保険者番号(市町村)別に係る総合計を、上部「()枚」欄が〇-1枚のページに記載してください。

【返還内訳書】C-10(公費関係)

[illegible]

- | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------|-------------------|---|----|---|----|---|----|---|----------------------|---|-------------------|---|
| 1 | 「公費負担者番号・公費負担者名」欄 | 公費負担者の番号及び公費負担者名を記入してください。 | | | | | | | | | | |
| 2 | 「保険者番号・保険者名」欄 | 基礎になる保険の保険者番号及び保険者名を記入してください。 | | | | | | | | | | |
| 3 | 「(-)枚」欄 | 左側には、公費別に作成した当該公費に係る返還内訳書の合計枚数を記載してください。
右側には、当該公費に係る返還内訳書の枚数を記載してください。 | | | | | | | | | | |
| 4 | 「受給者番号・記号・番号」欄 | 受給者番号は、公費等の受給者番号を記入してください。
記号・番号は、被保険者証又は共済等組合員証の記号番号を記入して下さい。 | | | | | | | | | | |
| 5 | 「氏名」欄 | 公費制度により負担を受けている方の名前を記入してください。 | | | | | | | | | | |
| 6 | 「指定訪問看護年月」欄 | 指定訪問看護を行った年月を記載してください。 | | | | | | | | | | |
| 7 | 「本人家族」欄 | 次の区分に応じ、該当する数字を記載してください。この区分は、レセプトにおける本人家族欄(レセプトの右上欄)と同じです。 <table style="width: 100%; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 80%;">本人</td> <td style="width: 20%; text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>6歳</td> <td style="text-align: right;">4</td> </tr> <tr> <td>家族</td> <td style="text-align: right;">6</td> </tr> <tr> <td>高齢受給者・後期高齢者医療一般・低所得者</td> <td style="text-align: right;">8</td> </tr> <tr> <td>高齢受給者・後期高齢者医療7割給付</td> <td style="text-align: right;">0</td> </tr> </table> ※ 保険部分は様式C-2～9の作成が必要です。 | 本人 | 2 | 6歳 | 4 | 家族 | 6 | 高齢受給者・後期高齢者医療一般・低所得者 | 8 | 高齢受給者・後期高齢者医療7割給付 | 0 |
| 本人 | 2 | | | | | | | | | | | |
| 6歳 | 4 | | | | | | | | | | | |
| 家族 | 6 | | | | | | | | | | | |
| 高齢受給者・後期高齢者医療一般・低所得者 | 8 | | | | | | | | | | | |
| 高齢受給者・後期高齢者医療7割給付 | 0 | | | | | | | | | | | |
| 8 | 「給付割合」欄 | 公費負担の割合を記載してください。 | | | | | | | | | | |
| 9 | 「返還金額等」欄 | 「所定額」欄・・・返還の指摘を受けた訪問看護療養費の所定額を記載してください。
「療養の給付」欄・・・公費負担分に係る返還金額等を記載してください。 | | | | | | | | | | |
| 10 | 「高療の有無」欄 | 高額療養費の該当の有無を記載してください。 | | | | | | | | | | |
| 11 | 「事由」欄 | 返還の指示があった項目を記載してください。返還同意書の別紙に記載の該当番号を記載してください。 | | | | | | | | | | |
| 12 | 「小計」及び「合計」欄 | 小計は、当該返還内訳書1枚の計を記載してください。
合計は、当該保険者に係る総合計を、上部「(-)枚」欄が〇～1枚のページ)に記載してください。 | | | | | | | | | | |

【返還内訳書】C-11（生活保護）

返 還 内 訳 書									
生活保護用									
負担者番号		点数表 6							
負担者名		訪問看護ステーションコード							
		訪問看護ステーション							
No.	被保険者証の 記号・番号	氏 名	指定訪問 看護年月	本人 家族	給付 割合	返還金額等 所定額	療養の給付	高療 の有無	事 由
			年			円	円		
			月			円	円		
			年			円	円		
			月			円	円		
			年			円	円		
			月			円	円		
			年			円	円		
			月			円	円		
			年			円	円		
			月			円	円		
			年			円	円		
			月			円	円		
			年			円	円		
			月			円	円		
			年			円	円		
			月			円	円		
			年			円	円		
			月			円	円		
			年			円	円		
			月			円	円		
小 計		(件)				円	円		
合 計		(件)				円	円		

※ 福祉事務所等毎に別葉とし、作成してください。
患者別の月毎（訪問看護療養費明細書等の作成単位）に1行を使用してください。
「No」欄は、1からの通し番号を記載してください。

- 1 「氏名」欄
当該指定訪問看護事業者において、指定訪問看護等を受けた者の氏名を記載してください。
- 2 「(-)枚」欄
左側には、返還内訳書の合計枚数を記載してください。
右側には、返還内訳書の枚数を記載してください。
- 3 「指定訪問看護年月」欄
指定訪問看護を行った年月を記載してください。
- 4 「本人家族」欄
次の区分に応じ、該当する数字を記載してください。この区分は、レセプトにおける本人家族欄（レセプトの右上欄）と同じです。
本人 2
6 歳 4
家族 6
高齢受給者・後期高齢者医療一般・低所得者 8
- 5 「返還金額等」欄
「所定額」欄・・・返還の指摘を受けた訪問看護療養費の所定額を記載してください。
「療養の給付」欄・・・療養の給付に係る返還額を療養の給付割合に従い記載してください。
- 6 「高療の有無」欄
高額療養費の該当の有無を記載してください。
- 7 「事由」欄
返還の指示があった項目を記載してください。
返還同意書の別紙に記載の該当番号を記載してください。
- 8 「小計」及び「合計」欄
小計は、当該返還内訳書1枚の計を記載してください。
合計は、当該保険者に係る総合計を、保険者分の先頭ページ（上部「(-)枚」欄が〇－1枚のページ）に記載してください。