

# 返還金関係書類【作成要領】

四国厚生支局 指導監査課

## 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。レセプト毎(患者別、月別等)に記載します。
A-1 支局長宛 (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 社保円滑導入基金用	C-6 社保円滑導入基金用
A-2 県知事宛 (国保等)	B-7 国保一般用	C-7 国保一般用
	B-8 国保退職用	C-8 国保退職用
	B-9 国保組合用	C-9 国保組合用
	B-10 国保指定公費用	C-10 国保指定公費用
	B-11 後期高齢者医療用	C-11 後期高齢者医療用
	B-12 公費負担医療用	C-12 公費負担医療用
		C-13 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、保険医療機関（薬局）の名称等について、紙媒体に出力後ゴム印等で対応される場合は、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 保険医療機関（薬局）コードを入力してください。（数字、ハイフオン、点）

2 医療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 ☆☆ ☆☆

5 該当する点数表の番号を記載してください。

6 電子媒体をメールで送信する際は99/99/99で入力してください。  
令和99年99月99日の入力もかまいません。

保険医療機関 (保険薬局)	コード	
	名 称	
	所在地	
開設者	法人名	
	個人名 法人の場合は代表者名	
	点数表(1. 医科 3. 歯科 4. 調剤 6. 訪問看護)	
提出年月日		令和 年 月 日

保険医療機関（保険薬局）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 保険医療機関（薬局）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、ハイフオン、点）
- ② 保険医療機関（薬局）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 開設者名欄について、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、開設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、「1. 医科 3. 歯科 4. 調剤 6. 訪問看護」となっています。  
該当する数字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)

保険医療機関(薬局)コード \_\_\_\_\_  
 保険医療機関(薬局)名称 \_\_\_\_\_  
 所在地 \_\_\_\_\_  
 開設者名 \_\_\_\_\_ 印

平成 年 月 日に行われた 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、  
 今後支払われる診療(調剤)報酬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診療(調剤)報酬請求年月  
 平成 年 月 から 平成 年 月

2. 内訳

区 分	件 数	療養の給付	食事療養費	合 計
全国健康保険協会				
船員保険				
健康保険組合				
共済組合				
高齢者医療制度 円滑導入基金				
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 押印  
 法人開設の場合は理事長又は代表者印、個人開設の場合は個人印を押印してください。

2 返還方法  
 のどちらかにチェックをつけてください。

3 件数欄には、返還内訳書(様式番号の先頭:C)の行数の合計  
 (返還対象になる診療(調剤)報酬明細書の枚数)を記載してください。

4 「療養の給付」、「食事療養費」のそれぞれの合計を記載してください。

5 「療養の給付」、「食事療養費」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) ×××××××××××××××××××××××× 135点  
(2) ×××××××××××××××××××××××× 30点
- 2 ××××××××  
(1) ×××××××××××××××××××××××× ××点  
(2) ×××××××××××××××××××××××× ××点

※ 個別指導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、それぞれの所定点数を記載してください。(合計点数は記載不要です。)

保険医療機関(薬局)コード \_\_\_\_\_

保険医療機関(薬局)名称 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

開設者名 \_\_\_\_\_

【保険者別返還金額一覧表】様式B-2～5（社保関係）

(B-2) 保険者別返還金額一覧表  
(負担者別返還金額一覧表)

( ) 枚

医療機関(薬局)コード

医療機関(薬局)名

No.	保 険 者 番 号 ( 負 担 者 番 号 )				保 険 者 名 ( 負 担 者 名 )	入外 区分	療 養 の 給 付		食 事 療 養 費 (返還額)	備 考
	法 別	府 県	番 号	C D			点 数	金 額 (返 還 額)		
小					(保険者数 )		点	円	円	
合					(保険者数 )		点	円	円	

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。  
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 「入外区分」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・入院	1
本人・入院外	2
未就学者入院	3
未就学者外来	4
家族・入院	5
家族・外来	6
高齢受給者・後期高齢者医療 一般・低所得者入院	7
高齢受給者・後期高齢者医療 一般・低所得者外来	8
高齢受給者・後期高齢者医療 7割給付入院	9
高齢受給者・後期高齢者医療 7割給付外来	0

※ 円滑導入基金該当者(1割分)は様式B-6、公費該当者はB-12の作成が必要です。

※ 各行の記載は、保険者番号別、入外区分別に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。

9 「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。

8 「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。

7 「食事療養費(返還額)」欄  
食事療養費に係る返還額を記載してください。

5 「療養の給付」欄の「点数」の項  
療養の給付に係る返還点数を記載してください。

6 「療養の給付」欄の「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。

社保協会用

### 【保険者別返還金額一覧表】様式B-7～9（国保関係）

(B-7) 保険者別返還金額一覧表 (負担者別返還金額一覧表)

国保一般用

点数表 医療機関(薬局)コード \_\_\_\_\_ 医療機関(薬局)名 \_\_\_\_\_ ( )枚

No.	保 険 者 番 号 ( 負 担 者 番 号 )				保 険 者 名 ( 負 担 者 名 )	入 外 区 分	療 養 の 給 付		食 事 療 養 費 (返 還 額) 円	備 考
	法 別	府 県	番 号	C D			点 数	金 額 (返 還 額)		
							点	円	円	
小	計				(保険者数 )		点	円	円	
合	計				(保険者数 )		点	円	円	

**※ 各行の記載は、保険者番号別、入外区分別に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 B-7 国保一般用、B-8 国保退職用、B-9 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 「入外区分」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・入院	1
本人・入院外	2
未就学者入院	3
未就学者外来	4
家族・入院	5
家族・外来	6
高齢受給者・後期高齢者医療 一般・低所得者入院	7
高齢受給者・後期高齢者医療 一般・低所得者外来	8
高齢受給者・後期高齢者医療 7割給付入院	9
高齢受給者・後期高齢者医療 7割給付外来	0

※ 円滑導入基金該当者(1割分)は様式B-10、公費該当者はB-12の作成が必要です。
- 5 「療養の給付」欄の「点数」の項  
療養の給付に係る返還点数を記載してください。
- 6 「療養の給付」欄の「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。

9 「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。

8 「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((O-1)枚の頁)に記載してください。

7 「食事療養費(返還額)」欄  
食事療養費に係る返還額を記載してください。



【公費負担者別（制度別）返還金額一覧表】様式B-6、10（指定公費関係）

(B-6) ← 公費負担者別（制度別）返還金額一覧表

制度 高齢者医療制度円滑導入基金（指定公費） 42136010

点数表 \_\_\_\_\_ 医療機関（薬局）コード \_\_\_\_\_ 医療機関（薬局）名 \_\_\_\_\_

社保円滑導入基金用 ( - ) 枚

No.	公費負担番号				医療保険保険者番号				入外区分	療養の給付		食事療養費 (返還額)	備考
	法別	府県	番号	CD	法別	府県	番号	CD		点数	金額（返還額）		
										点	円	円	
小計										点	円	円	
合計										点	円	円	

※ 各行の記載は、保険者番号別、入外区分別に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 B-6 社保円滑導入基金用、B-10国保指定公費用があります。

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

3 医療保険保険者番号欄  
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。  
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 「入外区分」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・低所得者入院 . . . 7  
高齢受給者・後期高齢者医療  
一般・低所得者外来 . . . 8  
※ 保険部分はB-2～5、7～9の作成が必要です。

6 「療養の給付」欄の「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 「療養の給付」欄の「点数」の項  
療養の給付に係る返還点数を記載してください。

9 「保険者数」欄  
通し番号の数ではありません。  
返還を行う対象の保険者の数を記載してください。

8 「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。

【保険者別返還金額一覧表】様式B-11（後期高齢）

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 「入外区分」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・低所得者入院 . . . . . 7  
高齢受給者・後期高齢者医療  
一般・低所得者外来 . . . . . 8  
高齢受給者・後期高齢者医療  
7割給付入院 . . . . . 9  
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-12の作成が必要です。

(B-11)

保険者別返還金額一覧表

後期高齢者医療用

点数表 医療機関(薬局)コード 医療機関(薬局)名 ( )枚

No.	保 険 者 番 号				保 険 者 名	入 外 区 分	療 養 の 給 付		食 事 療 養 費 ( 返 還 額 )	備 考
	法 別	府 県	番 号	C D			点 数	金 額 ( 返 還 額 )		
							点	円	円	
小					(保険者数 )		点		円	円
合					(保険者数 )		点		円	円

※ 各行の記載は、高齢者の医療の確保に関する法律による  
保険者番号別、入外区分別に1行を使用してください。  
「No」欄は、市町村毎に、1からの通し番号を記載してくだ  
さい。

8 「保険者数」欄  
通し番号の数ではありません。  
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。

7 「療養の給付」欄の「点数」の項  
療養の給付に係る返還点数を記載  
してください。

5 「食事療養費(返還額)」欄  
食事療養費に係る返還額を記載して  
ください。

6 「療養の給付」欄の「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。

4 「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((O-1)枚の頁)に記載してくだ  
さい。

【公費負担者別（制度別）返還金額一覧表】様式B-12（公費・生保関係）

(B-12) 公費負担者別（制度別）返還金額一覧表

公費負担医療用 ( ) 枚

点数表 医療機関(薬局)コード 医療機関(薬局)名

No.	公費負担番号				医療保険保険者番号				公費負担者名	入外区分	療養の給付		食事療養費 (返還額) 円	備考
	法別	府県	番号	CD	法別	府県	番号	CD			点数	金額(返還額) 円		
小計					(保険者数 )							円	円	
合計					(保険者数 )							円	円	

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 「入外区分」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・入院 . . . . . 1
  - 本人・入院外 . . . . . 2
  - 未就学者入院 . . . . . 3
  - 未就学者外来 . . . . . 4
  - 家族・入院 . . . . . 5
  - 家族・外来 . . . . . 6
  - 高齢受給者・後期高齢者医療  
一般・低所得者入院 . . . . . 7
  - 高齢受給者・後期高齢者医療  
一般・低所得者外来 . . . . . 8
  - 高齢受給者・後期高齢者医療  
7割給付入院 . . . . . 9
  - 高齢受給者・後期高齢者医療  
7割給付外来 . . . . . 0

※ 保険部分はB-2～5、7～9、11の作成が必要です。  
指定公費該当者は、B-6、10の作成が必要です。

4 「療養の給付」欄の「点数」の項  
療養の給付に係る返還点数を記載してください。

5 「療養の給付」欄の「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 「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((O-1)枚の頁)に記載してください。

6 「食事療養費(返還額)」欄  
食事療養費に係る返還額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、入外区分別に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。

※ 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、保険医療機関（薬局）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 保険医療機関(薬局)コードを入力してください。(数字、ハイフオン、点)

2 医療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。

保険医療機関	コード	
	名 称	
点数表(1. 医科 3. 歯科 4. 調剤 6. 訪問看護)		

3 該当する点数表の番号を記載してください。

### 【返還内訳書】C-2～5(社保関係)

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

(C-2) 返 還 内 訳 書 →        社保協会用

点数表

保険者番号 \_\_\_\_\_ 医療機関(薬局)コード \_\_\_\_\_

保険者名 \_\_\_\_\_ 医療機関(薬局)名 \_\_\_\_\_

No.	被保険者証の 記号・番号	受診者氏名	診療 (調剤) 年月	入外 区分	返 還 金 額 等 点数 療養の給付 食事療養	事由
			年 月		円 円	
<p><b>※ 保険者別の入外区分毎に別葉とし、作成してください。</b> <b>患者別の月毎(診療報酬明細書等の作成単位)に、1行を使用してください。</b> <b>「No」欄は、1からの通し番号を記載してください。</b></p>						
小 計	( )	件			点	円 円
合 計	( )	件			点	円 円

- 1 「受診者氏名」欄  
療養の給付等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、保険者別の入外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を記載してください。
- 3 「診療(調剤)年月」欄  
診療等を行った年月を記載してください。
- 4 「入外区分」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・入院 . . . . . 1
  - 本人・入院外 . . . . . 2
  - 未就学者入院 . . . . . 3
  - 未就学者外来 . . . . . 4
  - 家族・入院 . . . . . 5
  - 家族・外来 . . . . . 6
  - 高齢受給者・後期高齢者医療一般・低所得者入院 . . . . . 7
  - 高齢受給者・後期高齢者医療一般・低所得者外来 . . . . . 8
  - 高齢受給者・後期高齢者医療7割給付入院 . . . . . 9
  - 高齢受給者・後期高齢者医療7割給付外来 . . . . . 0※円滑導入基金該当者(1割分)は様式C-6、公費該当者は様式C-12の作成が必要です。
- 5 「返還金額等」欄の「点数」の項  
療養の給付に係る返還点数を記載してください。
- 6 「返還金額等」欄の「療養の給付」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。 【例】  
返還対象となる点数が135点で、社保本人の場合  
135点×10円×70%=945円
- 7 「返還金額等」欄の「食事療養」の項  
食事療養費に係る返還額を記載してください。
- 8 「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。
- 9 「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(高齢者医療制度円滑導入基金)

(C-6) 返 還 内 訳 書 高齢者医療制度円滑導入基金(社保指定公費)用

公費負担番号 42136010 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 \_\_\_\_\_ ( - )枚

No.	被保険者証の 記号・番号	受給者氏名	診療 (調剤) 年月	区分	返還点数	返還金額	事 由
			年 月		点	円	
小	計	(      )	件		点	円	
合	計	(      )	件		点	円	

※ 保険者毎に別葉とし、作成してください。

患者別の月毎(診療報酬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 「受給者氏名」欄  
療養の給付等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、保険者毎に作成した当該保険者に係る返還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 「診療(調剤)年月」欄  
診療等を行った年月を記載してください。

4 「入外区分」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・低所得者入院 ..... 7  
 高齢受給者・後期高齢者医療一般・低所得者外来 ..... 8  
 ※ 保険部分はC-2~5の作成が必要です。

5 「返還点数」欄  
返還点数を記載してください。

6 「返還金額」欄  
返還金額を記載してください。  
例:返還対象となる点数が135点で、社保本人の場合  
135点×10円×10%=135円

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-7～9(国保関係)**

※ C-7国保一般用、C-8国保退職用、C-9国保組合用、  
があります。

(c-7) 返 還 内 訳 書 → 国保一般用

点数表

保険者番号 \_\_\_\_\_ 医療機関(薬局)コード \_\_\_\_\_

保険者名 \_\_\_\_\_ 医療機関(薬局)名 \_\_\_\_\_

No.	被保険者証の 記号・番号	受診者氏名	診療 (調剤) 年月	入外 区分	返 還 金 額 等		事 由
					点 数	療 養 の 給 付	
			年 月		円	円	
小 計	( )	( )	件		点	円	円
合 計	( )	( )	件		点	円	円

※ 保険者別の入外区分毎に別業  
とし、作成してください。  
患者別の月毎(診療報酬明細書  
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 「受診者氏名」欄  
療養の給付等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、保険者別の入外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を記載してください。

3 「診療(調剤)年月」欄 診療等を行った年月を記載してください。

4 「入外区分」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・入院 . . . . . 1
- 本人・入院外 . . . . . 2
- 未就学者入院 . . . . . 3
- 未就学者外来 . . . . . 4
- 家族・入院 . . . . . 5
- 家族・外来 . . . . . 6
- 高齢受給者・後期高齢者医療一般・低所得者入院 . . . . . 7
- 高齢受給者・後期高齢者医療一般・低所得者外来 . . . . . 8
- 高齢受給者・後期高齢者医療7割給付入院 . . . . . 9
- 高齢受給者・後期高齢者医療7割給付外来 . . . . . 0

※指定公費該当者(1割分)は様式C-10、公費該当者は様式C-12の作成が必要です。

5 「返還金額等」欄の「点数」の項 療養の給付に係る返還点数を記載してください。

6 「返還金額等」欄の「療養の給付」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。 【例】  
返還対象となる点数が135点で、社保本人の場合  
135点×10円×70%=945円

7 「返還金額等」欄の「食事療養」の項 食事療養費に係る返還額を記載してください。

8 「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。

9 「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-10(指定公費)

(C-10) 返 還 内 訳 書

国保指定公費用

公費負担番号 42136010 点数表  
医療機関(薬局)コード \_\_\_\_\_  
保険者番号 \_\_\_\_\_  
保険者名 \_\_\_\_\_ 医療機関(薬局)名 \_\_\_\_\_

( \_\_\_\_\_ 枚)

No.	被保険者証の 記号・番号	受給者氏名	診療 (調剤) 年月	区分	返還点数	返還金額	事 由
			年		点	円	
			月				
小	計	(		件)	点	円	
合	計	(		件)	点	円	

※ 保険者毎に別葉とし、作成してください。  
患者別の月毎(診療報酬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 「受給者氏名」欄  
療養の給付等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、保険者毎に作成した当該保険者に係る返還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 「診療(調剤)年月」欄  
診療等を行った年月を記載してください。
- 4 「入外区分」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・低所得者入院 ..... 7  
高齢受給者・後期高齢者医療一般・低所得者外来 ..... 8  
※ 保険部分はC-7～9の作成が必要です。
- 5 「返還点数」欄  
返還点数を記載してください。
- 6 「返還金額」欄  
返還金額を記載してください。  
例:返還対象となる点数が135点で、社保本人の場合  
135点×10円×10%=135円
- 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-11(後期高齢者医療制度)

(C-11) 返 還 内 訳 書 後期高齢者医療用

保険者番号 \_\_\_\_\_ 点数表 \_\_\_\_\_

医療機関(薬局)コード \_\_\_\_\_

負担者名 後期高齢者医療広域連合(〇〇市) \_\_\_\_\_ 医療機関(薬局)名 \_\_\_\_\_

No.	被保険者証の 番 号	受 診 者 氏 名	診療 (調剤) 年月	入外 区分	返 還 金 額 等			事 由
					点 数	療 養 の 給 付	食 事 療 養	
					点	円	円	
			年 月					
<b>※ 高齢者の医療の確保に関する法律による保険者番号(市町村)別、入外区分毎に別葉とし、作成してください。</b> <b>患者別の月毎(診療報酬明細書等の作成単位)に1行を使用してください。</b> <b>「No」欄は、1からの通し番号を記載してください。</b>								
小 計	( )	件			点	円	円	
合 計	( )	件			点	円	円	

- 1 「受診者氏名」欄  
療養の給付等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、保険者別の入外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を記載してください。
- 3 「診療(調剤)年月」欄 診療等を行った年月を記載してください。
- 4 「入外区分」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・低所得者入院	7
高齢受給者・後期高齢者医療一般・低所得者外来	8
高齢受給者・後期高齢者医療7割給付入院	9
高齢受給者・後期高齢者医療7割給付外来	0

※公費該当者については、様式C-12の作成が必要です。
- 5 「返還金額等」欄の「点数」の項  
療養の給付に係る返還点数を記載してください。
- 6 「返還金額等」欄の「療養の給付」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。 【例】  
返還対象となる点数が135点で、七割負担の場合  
135点×10円×70%=945円
- 7 「返還金額等」欄の「食事療養」の項 食事療養費に係る返還額を記載してください。
- 8 「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。
- 9 「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-12(公費関係)

(C-12)

返 還 内 訳 書

公費(社保・国保・後期)用

公費負担者番号  
公費負担者名

点数表

保険者番号  
保険者名

医療機関(薬局)コード

医療機関(薬局)名

No.	受給者番号 記号・番号	受給者氏名	診療 (調剤) 年月	入外 区分	給付 割合	返 還 金 額 等			事 由
						返 還 点 数	療 費 の 給 付	食 事 療 養	
			年 月			点	円	円	
小 計	( )	( )				点	円	円	
合 計	( )	( )				点	円	円	

※ 公費毎に別葉とし、作成してください。  
患者別の月毎(診療報酬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 「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、被保険者証又は共济等組合員証の記号番号を記入してください。
- 5 受給者氏名 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 「診療(調剤)年月」欄 診療等を行った年月を記載してください。
- 7 「入外区分」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・入院	1
本人・入院外	2
未就学者入院	3
未就学者外来	4
家族・入院	5
家族・外来	6
高齢受給者・後期高齢者医療一般・低所得者入院	7
高齢受給者・後期高齢者医療一般・低所得者外来	8
高齢受給者・後期高齢者医療7割給付入院	9
高齢受給者・後期高齢者医療7割給付外来	0

※ 保険部分、円滑導入基金該当者、指定公費該当者は様式C-2～11の作成が必要です。
- 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  
返還点数、公費負担分に係る返還金額等を記載してください。
- 10 「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。
- 11 「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-13(生活保護)

(C-13) 返 還 内 訳 書 生活保護用

負担者番号 \_\_\_\_\_ 点数表 \_\_\_\_\_

医療機関 (薬局) コード \_\_\_\_\_

負担者名 \_\_\_\_\_ 医療機関 (薬局) 名 \_\_\_\_\_

No.	受給者番号	受給者氏名	診療 (調剤) 年月 月	入外 区分	返 還 金 額 等			事 由
					点 数	療 養 の 給 付	食 事 療 養	
<p>※ 福祉事務所等毎に別葉とし、作成してください。</p> <p>患者別の月毎(診療報酬明細書等の作成単位)に1行を使用してください。</p> <p>「No.」欄は、1からの通し番号を記載してください。</p>								
小	計	(     )	件		点	円	円	
合	計	(     )	件		点	円	円	

1 「受診者氏名」欄  
当該保険医療機関等において、療養の給付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 「診療(調剤)年月」欄  
診療等を行った年月を記載してください。

4 「入外区分」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・入院 ..... 1
- 本人・入院外 ..... 2
- 未就学者入院 ..... 3
- 未就学者外来 ..... 4
- 家族・入院 ..... 5
- 家族・外来 ..... 6
- 高齢受給者・後期高齢者医療一般・低所得者入院 ..... 7
- 高齢受給者・後期高齢者医療一般・低所得者外来 ..... 8
- 高齢受給者・後期高齢者医療7割給付入院 ..... 9
- 高齢受給者・後期高齢者医療7割給付外来 ..... 0

5 「返還金額等」欄の「点数」の項  
療養の給付に係る返還点数を記載してください。

6 「返還金額等」欄の「療養の給付」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。  
例: 返還対象となる点数が135点で、10割の場合  
 $135点 \times 10円 \times 100\% = 1,350円$

7 「返還金額等」欄の「食事療養」の項  
食事療養費に係る返還額を記載してください。

8 「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。

9 「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)