

FAX不可

返戻依頼申出書【 国民健康保険分 ・ 社保県単分 】 平成 年 月 日

医療機関等コード 06

医療機関等名称

下記の診療報酬明細書について、返戻願います。

請求方法	1 紙レセプト				2 電子レセプト			
診療年月	点数表区分				診療科	DPC区分		
平成 年 月	1 医科	2 歯科	3 調剤	4 訪問看護	科	1 DPC 2 以外		
保険種別1	保険種別2	本人・家族						
1 国保 4 退職	1 単独	1 本入	3 六入	5 家入	7 高入一	9 高入7		
1 社保	2 2併・3併	2 本外	4 六外	6 家外	8 高外一	0 高外7		
保険者番号	証記号・番号		県単負担者番号		県単医療証番号			
患者氏名(フリガナ)		性別	生年月日					
()		1 男	1 明治	3 昭和		年 月 日生		
		2 女	2 大正	4 平成				
請求点数(金額)		返戻理由						
点(円)								

請求方法	紙レセプト				電子レセプト			
診療年月	点数表区分				診療科	DPC区分		
平成 年 月	1 医科	2 歯科	3 調剤	4 訪問看護	科	1 DPC 2 以外		
保険種別1	保険種別2	本人・家族						
1 国保 4 退職	1 単独	1 本入	3 六入	5 家入	7 高入一	9 高入7		
1 社保	2 2併・3併	2 本外	4 六外	6 家外	8 高外一	0 高外7		
保険者番号	証記号・番号		県単負担者番号		県単医療証番号			
患者氏名(フリガナ)		性別	生年月日					
()		1 男	1 明治	3 昭和		年 月 日生		
		2 女	2 大正	4 平成				
請求点数(金額)		返戻理由						
点(円)								

※ 国保連合会への返戻依頼申出書の提出は、当該月の請求日から5日以内をお願いいたします。