

FAX不可

返戻依頼申出書【後期高齢者医療分】

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				
3 後期	1 単独	7 高入一		9 高入7		
	2 2併・3併	8 高外一		0 高外7		
保険者番号	被保険者番号					
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			
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				
3 後期	1 単独	7 高入一		9 高入7		
	2 2併・3併	8 高外一		0 高外7		
保険者番号	被保険者番号					
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			
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。