令和　　　年　　　月　　　日

診療（調剤）報酬明細書の返戻依頼について

大崎市民生部保険年金課医療保険担当　御中

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 機関コード | 保険医療機関等の名称及び所在地 | 開設者氏名 | 電話番号 | 担当者名 |
|  |  |  |  |  |

下記のとおり，診療（調剤）報酬明細書の返戻を依頼します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 診療年月 | 入外別 | 被保険者証  記号・番号 | ふりがな  患者氏名 | 生年月日 | 請求点数  又は金額 | 返戻理由  ※必ず記入願います。 |
| 年　　　月 | 入院・外来  （　　　　） | み大崎 |  | 昭・平・令  　　年　　月　　日 |  |  |
| A |  |
| 年　　　月 | 入院・外来  （　　　　） | み大崎 |  | 昭・平・令  　　年　　月　　日 |  |  |
| A |  |
| 年　　　月 | 入院・外来  （　　　　） | み大崎 |  | 昭・平・令  　　年　　月　　日 |  |  |
| A |  |
| 年　　　月 | 入院・外来  （　　　　） | み大崎 |  | 昭・平・令  　　年　　月　　日 |  |  |
| A |  |
| 年　　　月 | 入院・外来  （　　　　） | み大崎 |  | 昭・平・令  　　年　　月　　日 |  |  |
| A |  |
| 年　　　月 | 入院・外来  （　　　　） | み大崎 |  | 昭・平・令  　　年　　月　　日 |  |  |
| A |  |
| 年　　　月 | 入院・外来  （　　　　） | み大崎 |  | 昭・平・令  　　年　　月　　日 |  |  |
| A |  |
| 年　　　月 | 入院・外来  （　　　　） | み大崎 |  | 昭・平・令  　　年　　月　　日 |  |  |
| A |  |

（大崎市国民健康保険　　保険者番号：040816）