

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 A		昭・平・令 年 月 日		
年 月	入院・外来 ()	み大崎 A		昭・平・令 年 月 日		
年 月	入院・外来 ()	み大崎 A		昭・平・令 年 月 日		
年 月	入院・外来 ()	み大崎 A		昭・平・令 年 月 日		
年 月	入院・外来 ()	み大崎 A		昭・平・令 年 月 日		
年 月	入院・外来 ()	み大崎 A		昭・平・令 年 月 日		
年 月	入院・外来 ()	み大崎 A		昭・平・令 年 月 日		
年 月	入院・外来 ()	み大崎 A		昭・平・令 年 月 日		