

(様式第1号)

広島県国民健康保険団体連合会 行

平成 年 月 日

診療（調剤）報酬明細書等の返戻依頼申出書

下記の理由により、
(いずれか1つの番号に
○を記入してください。)

- 1 診療（調剤）報酬明細書等(国保分)
- 2 診療（調剤）報酬明細書等(後期高齢者分) の返戻をお願いします。

記

保険医療機関等	機 関 コ ー ド	3	4			-													
	機 関 名																		
電話: ()																			
診 療 月	平成	年	月	請 求 (提 出) 月	平成	年	月												
診療科目コード (総合病院)	入・外コード			1 本入・3 六入(三入)・5 家入・7 高入一・9 高入7															
				2 本外・4 六外(三外)・6 家外・8 高外一・0 高外7															
保険者番号	2	5																	
	6	7																	
	3	9																	
市町村番号	2	7																	
公 費 ①																			
公 費 ②																			
氏 名													請求点数			点			
													(請求金額)			(円)			
返 戻 理 由	*詳細にご記入ください																		
備 考																			

※ 保険者番号の「25」とは、国保のことです。