

山形県後期高齢者医療診療(調剤)報酬明細書返戻依頼申出書

平成 年 月 日

医療機関等名称 (医療機関コード)	
(連絡先)	
担当者名	

下記の診療(調剤)報酬明細書について、返戻願います。

()件目 / ()件中		()件目 / ()件中	
フリガナ		フリガナ	
被保険者氏名		被保険者氏名	
生年月日	明・大・昭 年 月 日	生年月日	明・大・昭 年 月 日
保険者番号		保険者番号	
被保険者番号		被保険者番号	
公費負担者番号1		公費負担者番号1	
公費負担者番号2		公費負担者番号2	
診療年月	平成 年 月 診療分	診療年月	平成 年 月 診療分
入外区分	入院 ・ 外来	入外区分	入院 ・ 外来
点数表区分	医科 ・ 歯科 調剤 ・ 訪問看護	点数表区分	医科 ・ 歯科 調剤 ・ 訪問看護
旧総合病院診療科	科	旧総合病院診療科	科
請求点数	点	請求点数	点
請求食事療養費	円	請求食事療養費	円
返戻理由		返戻理由	

山形県後期高齢者医療広域連合

〒991-0041 寒河江市大字寒河江字久保6番地
(山形県国保会館内)

FAX (0237)85-8530