

富山県国民健康保険団体連合会 御 中

医療機関コード  
保険医療機関の  
所在地及び名称

印

## 診療報酬明細書(福祉医療費請求書)の返戻依頼について

下記の診療報酬明細書(福祉医療費請求書)の請求を取下げたいので、過誤として返戻くださるようお願いします。

法別	診療 年 月	請求 年 月	入・ 外	保険者番号		氏名	請求点数	診療科	福祉医療費		返戻理由
				市町村番号(市町村名)	記号・番号(被保険者番号) 受給者番号				有・無	医療費区分	
一般 退職 老人 後期高齢	年 月	年 月	入						診療報酬明細書・ 福祉医療費請求 書の両方	乳児・妊産婦 障害・I	
外			福祉医療費請求 書のみ							障害・II	
外										ひとり親	
外											
一般 退職 老人 後期高齢	年 月	年 月	入						診療報酬明細書・ 福祉医療費請求 書の両方	乳児・妊産婦 障害・I	
外			福祉医療費請求 書のみ							障害・II	
外										ひとり親	
外											
一般 退職 老人 後期高齢	年 月	年 月	入						診療報酬明細書・ 福祉医療費請求 書の両方	乳児・妊産婦 障害・I	
外			福祉医療費請求 書のみ							障害・II	
外										ひとり親	
外											

(注1) 保険者(市町村)ごとに記載して下さい。

(注2) 福祉医療費請求書について取下げる場合は、有無欄の該当に○を付け種類にも○を付けてください。

(福祉医療費の取下げの無い場合は、未記入としてください。)

(注3) 福祉医療費請求書のみ取下げの場合で、診療報酬請求書が支払基金分の場合は、市町村番号欄に市町村名を記入ください。