

平成 年 月 日

宮城県後期高齢者医療広域連合 御中

機 関 コ ー ド	
保 険 医 療 機 関 等 の 所 在 地 及 び 名 称	
開 設 者 氏 名	
電 話 番 号	

診療(調剤)報酬明細書の返戻依頼について【当月提出分以外】

下記、診療(調剤)報酬明細書を返戻くださるようお願いします。

診療年月	入 院 外 来 科 別	区 分	保険者番号 ( 8 桁)	被保険者番号 ( 8 桁)	公費受給者番号	ふ り が な 患 者 氏 名	請 求 点 数	返 戻 理 由
		後期高齢						
		後期高齢						
		後期高齢						
		後期高齢						
		後期高齢						

- ※ 1. こちらは、当月提出分以外の後期高齢者医療に係る返戻依頼様式です。広域連合から国保連合会に依頼しますので、速やかに広域連合に提出願います。
2. 当月提出分で宮城県内の後期高齢者医療に係る返戻依頼は、25日まで必着で国保連合会様式にて国保連合会へ提出願います。
3. 当月提出分で宮城県以外の他都道府県広域連合に係る返戻依頼は、15日まで必着で国保連合会様式にて国保連合会へ提出願います。
4. 請求点数は、柔整・訪問看護ステーションの場合、請求金額(円)を記入願います。
5. 返戻理由は必ず記入願います。