

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

_____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	年 月 診療分	診療年月	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	具体的に記入してください 修正項目、○点⇒△点など	返戻理由	具体的に記入してください 修正項目、○点⇒△点など

※審査結果に係る返戻依頼は取り扱いできませんのでご注意ください。

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