

様式1

令和 年 月 日

診療（調剤）報酬明細書の返戻依頼について

宮城県国民健康保険団体連合会 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	担当者名

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。
（ 国保 ・ 後期 ） / （ 県内 ・ 県外 ） 保険者 分明細書

診療年 月	請求年 月	入外別（科別）	保険者番号	被保険者証記号・番号	ふりがな患者氏名	生年月日	請求点数	返戻理由
年 月	年 月	入院・外来（ ）		記号		明・大・昭・平		
				番号				
年 月	年 月	入院・外来（ ）		記号		明・大・昭・平		
				番号				
年 月	年 月	入院・外来（ ）		記号		明・大・昭・平		
				番号				
年 月	年 月	入院・外来（ ）		記号		明・大・昭・平		
				番号				
年 月	年 月	入院・外来（ ）		記号		明・大・昭・平		
				番号				

【**県内保険者分**】宮城県内の保険者及び広域連合に係る返戻依頼は**提出月の25日(12月は20日)まで必着**で本会に提出願います。
なお、**当月提出分以外のもの**や**締切を過ぎたもの**は各保険者及び広域連合へ直接依頼願います。

【**県外保険者分**】宮城県以外の他県保険者及び他県広域連合に係る返戻依頼は、**提出月の15日まで必着**で本会に提出願います。
なお、当月提出分以外については、本会から他県保険者等に依頼しますので、速やかに提出願います。

※「国保と後期」、「県内保険者分と県外保険者分」は該当する方を○で囲み**それぞれ別の紙に記入**して提出願います。

※所要事項を記入し、入外別を○で囲み、科別があれば（ ）内に記入願います。

※返戻理由は必ず記入願います。