

令和 年 月 日

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	

### 社会保険乳幼児医療費の返戻依頼について

下記の請求について返戻願います。

診療年月	入外 区分	乳幼児公費負担者番号	乳幼児受給者番号	受給者氏名	請求点数	乳幼児医療 請求額	返戻理由
年 月	3 4 5 6	8 3 0 4					
年 月	3 4 5 6	8 3 0 4					
年 月	3 4 5 6	8 3 0 4					
年 月	3 4 5 6	8 3 0 4					
年 月	3 4 5 6	8 3 0 4					

- ※1. 国保連合会に対する返戻依頼は、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。翌月以降は、各市町村へお問い合わせください。  
 2. 入外区分は、「3:未就学者入院、4:未就学者外来、5:家族入院、6家族外来」のうち、該当する数字を○で囲んでください。  
 3. 返戻理由は必ず記載願います。