

# レセプト返戻依頼書

医療機関等コード【7桁】	
医療機関等名	
電話番号	( )
担当者名	

1 依頼の年月日 令和 年 月 日

2 依頼の内容

診療年月(請求年月)	年 月 ( 年 月 )
保険種別	国保 ・ 後期高齢者医療
保険者番号	
「本人・家族」区分 (レセプト請求時の区分)	1. 本入 2. 本外 3. 六入 4. 六外 5. 家入 6. 家外 7. 高入一 8. 高外一 9. 高入7 0. 高外7
フリガナ	
患者氏名	
生年月日	( 明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 ) 年 月 日
被保険者証の記号・番号	
診療科(旧総合病院のみ)	科
請求点数(請求金額) (レセプト提出時の点数(金額))	点(円)
返戻の理由(具体的に)	

## 記載上の留意事項

- ① 保険種別は、該当するものを○で囲んでください。
- ② 「本人・家族」区分は、該当するものを○で囲んでください。
- ③ 原則、減点箇所に係る返戻依頼についてはお受けできません。その際は、再審査請求書の提出をお願いします。
- ④ 旧総合病院については、必ず診療科を記載してください。
- ⑤ この様式は、複写して使用し、レセプト1件につき1枚で提出してください。
- ⑥ 訪問看護については、請求点数を請求金額と読替えてください。

山口県国民健康保険団体連合会