

福祉医療費請求書返戻依頼書

記入例

依頼の年月日 令和 3年12月10日

担当者名 国保 太郎

福祉医療費請求書返戻依頼書（本様式）の提出年月日を記入してください。	名称 山口福祉医院
[医療機関等コード] 連絡先	[03.1234.5] TEL: 083 (123) 456
診療年月（提出年月）	R3年10月（R3年11月）
提出（請求）年月を記入してください。 記入例は、令和3年10月診療分を令和3年11月に請求している場合。 ※令和3年10月診療分を令和3年12月に請求している場合は「R3年10月（R3年12月）」。	0 1 3 5 0 0 1 6
福祉医療費負担者番号	8 1 3 5 0 0 3 5
福祉医療費受給者証号 記号・番号	7 2 - 1 2 3 4 5
受給者氏名	山口 花子
生年月日	明・大 昭・平・令 2年8月18日
福祉医療費請求点数 （後期高齢者医療は請求額） （入院・入院外）（科別）	2,100点（円） （入・外）（小児科）
返戻の理由	算定誤りのため 2,100→2,300点へ変更

記入に際しては、請求当初の請求内容を記入してください。

※国保分・後期分の返戻については、「レセプト返戻依頼書」の様式を使用してください。

ただし、県外保険医療機関等においては国保分・後期分についてもこの様式を使用してください。