福祉医療費請求書返戻依頼書

依頼の年月日　　年　月　日　　担当者名 ＿＿＿＿＿＿＿＿

保険医療機関等の名称 ［医療機関等コード］	［　　］
診療年月（提出年月）	年　月（　年　月）
保険者番号	□□□□□□□□
福祉医療費負担者番号	8135□□□□
福祉医療費受給者証記号・番号	□□－□□□□□
受給者氏名	
生年月日	明・大 昭・平　年　月　日
福祉医療費請求点数 （老人保健は請求額） （入院・入院外）（科別）	点（円） （入・外）（　科）
返戻の理由	

※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。