様式５－１

　 令和　　　年　　月　　日

返還同意書（福祉医療分）

　 群馬県知事　様

医療機関コード

医療機関名

所在地

開設者氏名

　令和　　年　　月　　日に受けた　　　　　　　　　において指摘のあった事項に係る診療報酬の返還額等は、下記のとおりであり、かかる返還金については、

①　今後支払われる診療報酬から控除されることにより返還することに同意します。

②　該当する市町村へ直接返還することに同意します。

記

１　返還の対象となった診療年月

令和　　　　年　　　月分から令和　　　　年　　　月分

２ 該当市町村　　　　　　　　　市町村

３　内訳　　　　　　　 （単位：件、円）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 区　　　分 | 件数 | 一部負担金  相当額 | 食事療養  標準負担額 | 合　　計 |
| 市町村国保 |  |  |  |  |
| 退職医療 |  |  |  |  |
| 社会保険等 |  |  |  |  |
| 後期高齢者医療 |  |  |  |  |
| 合　　　計 |  |  |  |  |

４ 市町村別及び受給者別内訳

　　別添、「市町村別返還金額一覧表（福祉医療）」「返還内訳書（福祉医療）」「返還内訳　書（後期高齢者医療の福祉医療分）」のとおり。

|  |  |
| --- | --- |
| 連絡先 | 部署　　　　　　担当者名 |
| 電話 |