

様式5-4

記入例

返還内訳書は公費負担者番号ごとに作成してください。

返還内訳書(後期高齢者医療の福祉医療分)

点数表は1(医科)3(歯科)4(調剤)を記入してください。

後期高齢者医療の福祉医療公費負担者番号

77100048

点数表

1

市町村名

伊勢崎市

医療機関コード

1001000

医療機関名

医療法人 ○○病院

入外等区分

7・8 9・0

返還理由

1 算定要件を満たさない○○管理料

2 ○○入院基本料1の算定誤り

下記の区分により選択してください。

No	受給者番号	受診者名	診療年月	返還理由番号	返還点数	返還内訳	返還金額		備考 (保険者番号又は保険者名)
							一部負担金相当額	食事療養標準負担額	
1	72000000	伊勢崎 ○吉	2/4	1	30	30×1	30		39102041
2	72000000	伊勢崎 ○吉	2/5	2	30	30×1	30		39102041
			/						
			/						
			/						
			/						
			/						
			/						
			/						
			/						
			/						
			/						
			/						
			/						
			/						
			/						
			/						
小計			(2件)		60点	60円	円		
合計			(2件)		60点	60円	円		

返還金額を記入してください。(区分により割合が違います。)*返還額は1円単位まで計算してください。(四捨五入しない)

保険者番号又は保険者名を記入してください

(1) 本人負担1割の受診者
返還となる診療報酬点数 × 10 × 0.1
(2) 本人負担3割の受診者
返還となる診療報酬点数 × 10 × 0.3

参考 入・外等区分欄番号の説明

7 9割給付入院 8 9割給付入院外 9 現役並み所得7割給付入院 0 現役並み所得7割給付入院外

注・後期高齢者医療の福祉医療公費負担者番号ごと(77又は87で始まる8桁)、入外区分ごとに、別業とする。