

当月請求分 診療報酬明細書 返戻依頼書

【留意事項】

この返戻依頼書は、当月請求された診療報酬明細書の返戻依頼にのみ使用してください。
 必要事項を記入の上、請求された月の20日(必着)までに、持参、または郵送により提出してください。

《提出先》 佐賀県国民健康保険団体連合会 審査課 TEL : 0952-26-4183

依頼日 令和 年 月 日

保険医療機関コード

保険医療機関名

電話番号 - -

担当者名

※診療科は旧総合病院であった医療機関のみ記入してください。

1	保険者番号	
	保険者名	
	法制(該当するものを○で囲んでください。)	国保(一般・退職) 後期高齢 医保乳幼児
	入・外・DPC(○で囲んでください。)[診療科]	入・外・DPC [科]
	公費負担者番号	
	記号番号・被保険者番号	
	被保険者名	
	診療年月	平成・令和 年 月診療分
	請求点数	
2	保険者番号	
	保険者名	
	法制(該当するものを○で囲んでください。)	国保(一般・退職) 後期高齢 医保乳幼児
	入・外・DPC(○で囲んでください。)[診療科]	入・外・DPC [科]
	公費負担者番号	
	記号番号・被保険者番号	
	被保険者名	
	診療年月	平成・令和 年 月診療分
	請求点数	
3	保険者番号	
	保険者名	
	法制(該当するものを○で囲んでください。)	国保(一般・退職) 後期高齢 医保乳幼児
	入・外・DPC(○で囲んでください。)[診療科]	入・外・DPC [科]
	公費負担者番号	
	記号番号・被保険者番号	
	被保険者名	
	診療年月	平成・令和 年 月診療分
	請求点数	