

当月請求分 診療報酬明細書 返戻依頼書 (歯科医療機関用)

【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》 〒840-0824 佐賀市呉服元町7番28号 佐賀県国保会館

佐賀県国民健康保険団体連合会 審査第2課 歯科係 TEL:0952-26-4301

依頼日 令和 年 月 日

保険医療機関コード:

電話番号:

保険医療機関名:

担当者名:

記入例	保険者番号	39410000
	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
	記号番号または被保険者番号	12345678
	被保険者名 ※患者本人氏名	国保 太郎
	診療年月	平成・令和 ○ 年 △ 月診療分
	請求点数	999点
1	保険者番号	
	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
	記号番号または被保険者番号	
	被保険者名 ※患者本人氏名	
	診療年月	平成・令和 年 月診療分
	請求点数	
2	保険者番号	
	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
	記号番号または被保険者番号	
	被保険者名 ※患者本人氏名	
	診療年月	平成・令和 年 月診療分
	請求点数	
3	保険者番号	
	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
	記号番号または被保険者番号	
	被保険者名 ※患者本人氏名	
	診療年月	平成・令和 年 月診療分
	請求点数	