

レセプト返戻依頼書

医療機関等コード	
医療機関等名	
電話番号	()

1 依頼の年月日 平成 年 月 日

2 依頼の内容

診療年月(提出年月)	診療年月:平成 年 月 (提出年月:平成 年 月)
保険種別	国保単独 ・ 国保併用 ・ 退職単独 ・ 退職併用 ・ 後期高齢者医療
保険者番号	
「本人・家族」欄区分	一般(70歳以上一般・低所得者) ・ 一般(70歳以上7割)
	一般被保険者 ・ 一般(6歳未満)
	退職(本人) ・ 退職(被扶養者) ・ 退職(6歳未満)
	後期高齢者9割 ・ 後期高齢者7割
入院・入院外	入院 ・ 入院外
患者名	
被保険者証の記号・番号	
診療科(旧総合病院のみ)	科
請求点数	点
返戻の理由	

記載上の留意事項

- ① 保険種別は、該当するものを○で囲むこと。
- ② 「本人・家族」欄区分は、該当するものを○で囲むこと。
- ③ 入院・入院外の別は、該当するものを○で囲むこと。
- ④ 旧総合病院については、必ず診療科を記載すること。
- ⑤ この様式は、複写して使用すること。
- ⑥ 旧制度(一般3歳未満、退職70歳以上9割、退職70歳以上7割、退職3歳未満、老人保健)に該当する場合は、従前の様式を使用すること。