

診療（調剤）報酬明細書の返戻依頼について

宮城県国民健康保険団体連合会 御中

機関コード	保険医療機関等の所在地及び名称	開設者氏名	電話番号	担当者名

下記、診療（調剤）報酬明細書を返戻くださるようお願いいたします。
 （国保・後期） / （県内・県外） 保険者 分明細書

診療年 月	請求年 月	入外別 (科別)	保険者番号	被保険者証 記号・番号	ふりがな 患者氏名	生年月日	請求点数	返戻理由
年 月	年 月	入院・外来 ()		記号 番号		明・大・昭・平 年 月 日		
年 月	年 月	入院・外来 ()		記号 番号		明・大・昭・平 年 月 日		
年 月	年 月	入院・外来 ()		記号 番号		明・大・昭・平 年 月 日		
年 月	年 月	入院・外来 ()		記号 番号		明・大・昭・平 年 月 日		
年 月	年 月	入院・外来 ()		記号 番号		明・大・昭・平 年 月 日		

【県内保険者分】宮城県内の保険者及び広域連合に係る返戻依頼は**提出月の25日（12月は20日）まで必着**で本会に提出願います。
 なお、当月提出分以外のもや締切を過ぎたものは各保険者及び広域連合へ直接依頼願います。

【県外保険者分】宮城県以外の他県保険者及び他県広域連合に係る返戻依頼は、**提出月の15日まで必着**で本会に提出願います。
 なお、当月提出分以外については、本会から他県保険者等に依頼しますので、速やかに提出願います。

※「国保と後期」、「県内保険者分と県外保険者分」は該当する方を○で囲みそれぞれ別の紙に記入して提出願います。
 ※所要事項を記入し、入外別を○で囲み、科別があれば（ ）内に記入願います。
 ※返戻理由は必ず記入願います。