

記入例

返還同意書（福祉医療分）

群馬県知事 様

令和 ○ 年 ○ 月 ○○ 日

提出日の日付を記入してください

医療機関コード **1001000**
医療機関名 **医療法人 ○○病院**
所在地 **前橋市大手町○-○-○**
開設者氏名 **群馬 ○人**

令和 ○ 年 ○ 月 ○○ 日に受けた **個別指導** において指摘のあった事項に係る診療報酬の返還額等は、下記のとおりであり、かかる返還金については、

- ① 今後支払われる診療報酬から控除されることにより返還することに同意します。
- ② 該当する市町村へ直接返還することに同意します。

***どちらかに○をつけてください。**

記

1 返還の対象となった診療年月

令和 ○ 年 **4** 月分から令和 ○ 年 **5** 月分

2 該当市町村 **前橋市ほか1** 市町村

3 内訳

(単位：件、円)

区分	件数	一部負担金 相当額	食事療養 標準負担額	合計
市町村国保	2	180		180
退職医療				
社会保険等				
後期高齢者医療	2	60		60
合計	4	240		240

4 市町村別及び受給者別内訳

別添、「市町村別返還金額一覧表（福祉医療）」「返還内訳書（福祉医療）」「返還内訳書（後期高齢者医療の福祉医療分）」のとおり。

連絡先	部署 医事部 担当者名 審査 太郎
	電話 027-220-0000