

福祉医療費・返戻等差額発生報告書

市（町村）長 殿

医療機関所在地

名称

開設者

電話

下記のとおり報告します

令和 年 月 日

表 別						機関コード
医	1	調	4	訪	6	
歯	3	柔	9			

整理 No	《受給者資格に関する基本情報》										（前回送付の診療情報等）						差額発生後の診療情報等				備考 （発生理由等）
	公費負担者番号				受給者番号				氏 名		診 療 年 月		入外区分	合計点数	自 己 負 担 額	合計点数	自 己 負 担 額	自己負担支払額の差額			
											年	月							入	外	
1		2	9										1	2	点	円	点	円	円		
2		2	9										1	2							
3		2	9										1	2							
4		2	9										1	2							
5		2	9										1	2							
6		2	9										1	2							
7		2	9										1	2							
8		2	9										1	2							
9		2	9										1	2							
10		2	9										1	2							

- ①この報告書は奈良県国民健康保険団体連合会に提出すること。
②表別欄医科は1、歯科は3、調剤は4、柔整は9、訪問看護は6の該当番号を○で囲む。
③報告書が2枚以上にわたる場合はNoを記入し、2枚目以降も捺印する。
④「診療年月」欄は、元号を次の区分で表記してはじめる。（平成:4, 令和:5）
⑤入外区分欄は入院は1、入院外は2を○で囲む。
⑥「前回送付の診療情報等」欄は、以前に国保連合会に提出した内容を転記すること。
⑦「差額発生後の診療情報等」欄は、返戻等により変動したレセプト点数と自己負担支払額の累計額を記載すること。
⑧「自己負担支払額の差額」欄（太枠）は、自己負担支払額について、実際に医療機関等の窓口で、受給者との間で生じた支払い差額について記載すること。