

年 月 日

返 還 同 意 書

船橋市長 あて

医療機関等コード

保険医療機関等 名 称

所 在 地

開設者名

印

先に請求した診療報酬等のうち、下記のものについて請求の誤りがありましたので、誤請求分を返還します。

なお、返還については、

- ① 今後支払われる診療報酬等から控除することにより返還することに同意します
- ② 保険者である船橋市へ直接返還することに同意します

記

1 返還の対象となった診療報酬等請求年月

年 月 から 年 月

2 返還金額内訳

区分	件数	療養の給付	食事療養費	合計

3 受給者別内訳

別添「返還内訳書」、「保険者別返還金額一覧表」のとおり