

レセプト返戻依頼 連絡票

依頼日： 平成25年8月28日

医療機関名	〇〇医院	医療機関コード	05199999
連絡先（電話番号）	018-XXXX-XXXX	担当者	長寿 太郎

次の診療報酬明細書（レセプト）について、返戻をお願いします。

FAX 018-838-0611

診療年月 平成 25 年 8 月分

No.	被保険者氏名	広域 太郎	被保険者番号	000XXXXX
1	生年月日	大正 2 年 3 月 4 日	保険者番号	39050000
	診療科 (総合病院のみ)	科	レセプト点数	1234 点
	返戻理由	算定誤りのため	レセプト種別	入院外

No.	被保険者氏名		被保険者番号	
2	生年月日	年 月 日	保険者番号	
	診療科 (総合病院のみ)	科	レセプト点数	点
	返戻理由		レセプト種別	

No.	被保険者氏名		被保険者番号	
3	生年月日	年 月 日	保険者番号	
	診療科 (総合病院のみ)	科	レセプト点数	点
	返戻理由		レセプト種別	

No.	被保険者氏名		被保険者番号	
4	生年月日	年 月 日	保険者番号	
	診療科 (総合病院のみ)	科	レセプト点数	点
	返戻理由		レセプト種別	

No.	被保険者氏名		被保険者番号	
5	生年月日	年 月 日	保険者番号	
	診療科 (総合病院のみ)	科	レセプト点数	点
	返戻理由		レセプト種別	

* 上記内容をもれなく記載の上、郵送してください。

秋田県後期高齢者医療広域連合 業務課 〒010-0951 秋田市山王4丁目2-3 秋田県市町村会館1階

* 診療月ごとに、この連絡票を作成してください。

* 記入欄が不足の場合は、複写してください。その際、続きの項番（枚数）を必ず記入してください。

* 毎月10日までに提出したレセプトを、その提出月内に返戻を依頼する場合は、従来どおり、直接国保連合会に依頼してください。

(国保連合会 審査第一課 〒010-0951 秋田市山王4丁目2-3 秋田県市町村会館4階 TEL 018-862-6959)

* 不明な点は、広域連合までお問い合わせください。（業務課 TEL 018-853-7155）

レセプト返戻依頼 連絡票

依頼日：

医療機関名		医療機関コード	
連絡先（電話番号）		担当者	

次の診療報酬明細書（レセプト）について、返戻をお願いします。

FAX 018-838-0611

診療年月 平成 年 月分

No.	被保険者氏名		被保険者番号	
1	生年月日	年 月 日	保険者番号	
	診療科 (総合病院のみ)	科	レセプト点数	点
	返戻理由		レセプト種別	入院 入院外 歯科 (入院) 歯科 (外来) 調剤 訪問看護 柔整

No.	被保険者氏名		被保険者番号	
2	生年月日	年 月 日	保険者番号	
	診療科 (総合病院のみ)	科	レセプト点数	点
	返戻理由		レセプト種別	入院 入院外 歯科 (入院) 歯科 (外来) 調剤 訪問看護 柔整

No.	被保険者氏名		被保険者番号	
3	生年月日	年 月 日	保険者番号	
	診療科 (総合病院のみ)	科	レセプト点数	点
	返戻理由		レセプト種別	入院 入院外 歯科 (入院) 歯科 (外来) 調剤 訪問看護 柔整

No.	被保険者氏名		被保険者番号	
4	生年月日	年 月 日	保険者番号	
	診療科 (総合病院のみ)	科	レセプト点数	点
	返戻理由		レセプト種別	入院 入院外 歯科 (入院) 歯科 (外来) 調剤 訪問看護 柔整

No.	被保険者氏名		被保険者番号	
5	生年月日	年 月 日	保険者番号	
	診療科 (総合病院のみ)	科	レセプト点数	点
	返戻理由		レセプト種別	入院 入院外 歯科 (入院) 歯科 (外来) 調剤 訪問看護 柔整

* 上記内容をもれなく記載の上、郵送してください。

秋田県後期高齢者医療広域連合 業務課 〒010-0951 秋田市山王4丁目2-3 秋田県市町村会館1階

* 診療月ごとに、この連絡票を作成してください。

* 記入欄が不足の場合は、複写してください。その際、続きの項番（枚数）を必ず記入してください。

* 毎月10日までに提出したレセプトを、その提出月内に返戻を依頼する場合は、従来どおり、直接国保連合会に依頼してください。

（国保連合会 審査第一課 〒010-0951 秋田市山王4丁目2-3 秋田県市町村会館4階 TEL 018-862-6959）

* 不明な点は、広域連合までお問い合わせください。（業務課 TEL 018-853-7155）