

**【記入例】**

**保険医療機関（薬局）等の廃止に伴う過誤等の返還方法届出書**

(提出日) 平成 年 月 日

医療機関（薬局）コード	<table border="1"> <tr> <td>■</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td> </tr> </table>	■	■	■	■	■	■	■	■
■	■	■	■	■	■	■	■		
医療機関（薬局）名称	■								
医療機関（薬局）所在地	〒 ■								
開設者	■								

廃止となった医療機関（薬局）等の医療機関（薬局）コード等を記入してください。

上記医療機関（薬局）の国民健康保険診療（調剤）報酬等の請求、受領及び過誤等の調整については私が一切の責任を負い、過誤等により支払額がマイナスとなった場合（過収金の返還）については下記方法により支払います。

<届出人> 住所: ■

届出人の住所等を記入してください。

氏名: ■

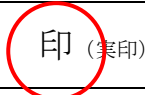
電話番号: ■

記 2種類の返還方法から選択してください。

【支払方法に○を付ける】

- ①. 国保連合会から送付される振込依頼書により振り込みを行います。
- ②. 他医療機関（薬局）（※移転先や同系列）への診療（調剤）報酬の支払額から、マイナス額を相殺調整する方法を希望します。

※②. を選択した場合は、調整先の医療機関（薬局）コード等をご記入ください。

医療機関（薬局）コード	<table border="1"> <tr> <td>■</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td><td>■</td> </tr> </table>	■	■	■	■	■	■	■	■
■	■	■	■	■	■	■	■		
医療機関（薬局）名称	■								
医療機関（薬局）所在地	〒 ■								
開設者	■ 								

②を希望された場合、相殺する先（移転先、法人化後、同系列等）の医療機関（薬局）コード等を記入し、実印を押印してください。

ここに記載された医療機関（薬局）等の当月の診療（調剤）報酬の支払額より、廃止となった医療機関（薬局）の過誤等によるマイナス額を差し引いた支払額を振込みます。