

返還金関係書類【作成要領】

四国厚生支局 愛媛事務所

返還金関係書類 名称・様式番号一覧

A 返還同意書	B 保険者別返還金額一覧表	C 返還内訳書
四国厚生支局長または県知事宛に、返還に関する同意及び返還金の内訳等を記載します。	保険者等の制度別に様式を分けています。「C 返還内訳書」の集計となります。	保険者等の制度別に様式を分けています。レセプト毎(患者別、月別等)に記載します。
A-1 支局長宛 (社保等)	B-2 社保協会用	C-2 社保協会用
	B-3 社保船保用	C-3 社保船保用
	B-4 社保組合用	C-4 社保組合用
	B-5 社保共済用	C-5 社保共済用
	B-6 社保円滑導入基金用	C-6 社保円滑導入基金用
	B-7 公費負担医療用	C-7 公費負担医療用
	B-8 公費単独用	C-8 公費単独用
A-2 県知事宛 (国保等)	B-11 国保一般用	C-11 国保一般用
	B-12 国保退職用	C-12 国保退職用
	B-13 国保組合用	C-13 国保組合用
	B-14 国保指定公費用	C-14 国保指定公費用
	B-15 後期高齢者医療用	C-15 後期高齢者医療用
	B-16 公費負担医療用	C-16 公費負担医療用
別紙 指摘のあった事項		

※ このページは、返還金関係書類を電子媒体（Excel）で作成する場合に入力するもので、このページの入力項目は、同意書等の返還金関係書類の当該部分にリンクしています。

なお、保険医療機関（薬局）の名称等について、紙媒体に出力後ゴム印等で対応される場合は、名称等の項目を入力不要として差し支えありません。

返還金関係書類の全てを紙媒体で作成する場合も、入力不要です。

また、同意書等の返還金関係書類の小計等について、可能な事項欄には、あらかじめ計算式を入力しています。必要に応じて、計算式の修正や計算式の追加は問題ありません。

この電子媒体（Excel）を使用いただく場合、セルの追加、削除、結合は、絶対、行わないでください。

1 保険医療機関（薬局）コードを入力してください。（数字、ハイフオン、点）

3 法人開設の場合、法人名と代表者名に分けて入力してください。
個人開設の場合、この欄は入力不要で、下欄に入力してください。

2 医療法人名を名称に含めている場合は、医療法人名を含めた名称で入力してください。

4 法人開設の場合、代表者名は、理事長、代表取締役等の役職と個人名で入力してください。
【例】 理事長 ○○ ○○
代表取締役 ☆☆ ☆☆

5 該当する点数表の番号を記載してください。

6 99/99/99で入力してください。
令和99年99月99日での入力もかまいません。

保険医療機関 （保険薬局）	コード	
	名 称	
	所在地	
開設者	法人名	
	個人名 法人の場合は代表者名	
点数表(1. 医科 3. 歯科 4. 調剤 6. 訪問看護)		
提出年月日		令和 年 月 日

保険医療機関（保険薬局）の名称等について、次にご留意のうえ記載してください。
なお、記載に代えてゴム印等でも構いません。

- ① 保険医療機関（薬局）コード欄について、指定通知書に記載しているコードを記載してください。
（数字、ハイフオン、点）
- ② 保険医療機関（薬局）名称欄について、指定通知書に記載している名称を記載してください。
（医療法人名等の法人名を名称に含めている場合は、法人名を含めた名称で入力してください。）
- ③ 開設者名欄について、法人開設の場合は、法人名、代表者の役職名、代表者名を記載してください。
個人開設の場合は、開設者である個人名を記載してください。

【代表者の役職名、代表者名の記載例】

理事長 ○○ ○○
代表取締役 ☆☆ ☆☆

- ④ 点数表欄について、「1. 医科 3. 歯科 4. 調剤 6. 訪問看護」となっています。
該当する数字を記載してください。

【返還同意書】様式A-1、2

(A-1)
令和 年 月 日

返 還 同 意 書

四国厚生支局長 様
(愛媛県知事 様)

保険医療機関(薬局)コード _____
 保険医療機関(薬局)名称 _____
 所在地 _____
 開設者名 _____ 印

令和 年 月 日に行われた において指摘のあった事項に係る
 診療(調剤)報酬の返還金額等については下記のとおりです。
 なお、返還については、
 今後支払われる診療(調剤)報酬から控除することにより返還することに同意します。
 該当する保険者等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(調剤)報酬請求年月
 平成 年 月 から 平成 年 月
 令和 年 月 から 令和 年 月

2. 内訳

区 分	件 数	療養の給付	食事療養費	計
全国健康保険協会				
船員保険				
健康保険組合				
共済組合				
高齢者医療制度 円滑導入基金				
公費負担医療各法				
合計				

3. 保険者別及び受給者別内訳
 別紙「保険者別返還金額一覧表」、「返還内訳書」のとおり。
 4. 指摘のあった事項は別紙のとおり

※ 返還同意書は、四国厚生支局長宛て(A-1)と県知事宛て(A-2)があります。
 それぞれの様式の「2.内訳」を参照のうえ、宛先別に作成してください。

1 押印
 法人開設の場合は理事長又は代表者印、個人開設の場合は個人印を押印

2 返還方法
 のどちらかにチェックをつけてください。

3 件数欄には、返還内訳書(様式番号の先頭:C)の行数の合計
 (返還対象になる診療(調剤)報酬明細書の枚数)を記載してください。

4 「療養の給付」、「食事療養費」のそれぞれの合計を記載してください。

5 「療養の給付」、「食事療養費」を足した合計を記載してください。

【返還同意書】様式A-1、2の別紙

別紙

指摘のあった事項

(例)

- 1 ×××××××
 - (1) ××××××××××××××××××××
 - (2) ××××××××××××××××××××
- 2 ×××××××
 - (1) ××××××××××××××××××××
 - (2) ××××××××××××××××××××

※ 個別指導における指摘事項の自主返還に関する事項(項目)に、番号を付して記載してください。
この番号を、返還内訳書の事由欄に記載します。

保険医療機関(薬局)コード _____

保険医療機関(薬局)名称 _____

所在地 _____

開設者名 _____

【公費負担者別（制度別）返還金額一覧表】様式B-6、14（指定公費関係）

(B-6) 公費負担者別（制度別）返還金額一覧表

制度 高齢者医療制度円滑導入基金（指定公費） 42136010

点数表 _____ 医療機関（薬局）コード _____ 医療機関（薬局）名 _____

社保円滑導入基金用 () 枚

No.	公費負担番号				医療保険保険者番号				入外区分	療養の給付		食事療養費 (返還額)	備考
	法別	府県	番号	CD	法別	府県	番号	CD		点数	金額（返還額）		
										点	円	円	
										点	円	円	
小計										点	円	円	
合計										点	円	円	

※ 各行の記載は、保険者番号別、入外区分別に1行を使用してください。
「No.」欄は、保険者毎に、1からの通し番号を記載してください。

1 B-6 社保円滑導入基金用、B-14国保指定公費
用があります。

2 「()枚」欄
左側に当該一覧表に係る合計枚数を記載し、
右側に枚数を記載してください。

3 医療保険保険者番号欄
医療保険各法の保険者番号・保険者名を記載
してください。
なお、保険者番号の小さいものから順番に記載
してください。

4 「入外区分」欄
次の区分に応じ、該当する数字を記載してくだ
さい。
この区分は、レセプトにおける本人家族欄(レセ
プトの右上欄)と同じです。
高齢受給者・後期高齢者医療
一般・低所得者入院 . . . 7
高齢受給者・後期高齢者医療
一般・低所得者外来 . . . 8
※ 保険部分はB-2~5、11~13の作成が必要
です。

6 「療養の給付」欄の「金額(返還額)」の項
療養の給付に係る返還額を療養の給付割
合に従い記載してください。

7 「療養の給付」欄の「点数」の項
療養の給付に係る返還点数を記載してくだ
さい。

9 「保険者数」欄
通し番号の数ではありません。
返還を行う対象の保険者の数を
記載してください。

8 「小計」及び「合計」欄
小計は、保険者別返還金額一覧表1枚毎の計を記
載してください。
合計は、当該一覧表に係る総合計を、最上部((○
-1)枚の頁)に記載してください。

【保険者別返還金額一覧表】様式B-15（後期高齢）

(B-15)

保険者別返還金額一覧表

後期高齢者医療用

点数表 医療機関(薬局)コード 医療機関(薬局)名 ()枚

No.	保 険 者 番 号				保 険 者 名	入外 区分	療 養 の 給 付		食 事 療 養 費 (返 還 額)	備 考
	法 別	府 県	番 号	C D			点 数	金 額 (返 還 額)		
							点	円	円	
							点	円	円	
							点	円	円	
							点	円	円	
							点	円	円	
							点	円	円	
							点	円	円	
							点	円	円	
							点	円	円	
							点	円	円	
小	計				(保険者数)	点	円	円	
合	計				(保険者数)	点	円	円	

※ 各行の記載は、高齢者の医療の確保に関する法律による
 保険者番号別、入外区分別に1行を使用してください。
 「No.」欄は、市町村毎に、1からの通し番号を記載してくだ
 さい。

1 「()枚」欄
 左側に当該一覧表に係る合計枚数を記載し、
 右側に枚数目を記載してください。

2 「保険者番号」及び「保険者名」欄
 高齢者の医療の確保に関する法律による 保険
 者番号・保険者名を記載してください。
 なお、保険者番号の小さいものから順番に記載し
 てください。
 また、保険者名については、「後期高齢者 医療
 広域連合(市町村名)」と記載してください。

3 「入外区分」欄
 次の区分に応じ、該当する数字を記載してください。
 この区分は、レセプトにおける本人家族欄(レセプト
 上欄)と同じです。
 高齢受給者・後期高齢者医療
 一般・低所得者入院 7
 高齢受給者・後期高齢者医療
 一般・低所得者外来 8
 高齢受給者・後期高齢者医療
 7割給付入院 9
 高齢受給者・後期高齢者医療
 7割給付外来 0
 ※ 公費該当者はB-16の作成が必要です。

8 「保険者数」欄
 通し番号の数ではありま
 せん。
 返還を行う対象の保険者
 (市町村)の数を記載してく
 ださい。

7 「療養の給付」欄の「点数」の項
 療養の給付に係る返還点数を記
 載してください。

5 「食事療養費(返還額)」欄
 食事療養費に係る返還額を記載して
 ください。

6 「療養の給付」欄の「金額(返還額)」の項
 療養の給付に係る返還額を療養の給付割合に従い記載してください。

4 「小計」及び「合計」欄
 小計は、保険者別返還金額一覧
 表1枚毎の計を記載してください。
 合計は、当該一覧表に係る総合計を、
 最上部((O-1)枚の頁)に記載してくだ
 さい。

【公費負担者別（制度別）返還金額一覧表】様式B-7・8・16（公費関係）

1 「()枚」欄
 左側に当該一覧表に係る合計枚数を記載し、右側に枚数を記載してください。

2 「公費負担番号」、「医療保険保険者番号」及び「公費負担者名」欄
 公費負担番号、医療保険保険者番号の小さいものから順番に記載ください。

3 「入外区分」欄
 次の区分に応じ、該当する数字を記載してください。
 この区分は、レセプトにおける本人家族欄(レセプトの右上欄)と同じです。

- 本人・入院 1
- 本人・入院外 2
- 未就学者入院 3
- 未就学者外来 4
- 家族・入院 5
- 家族・外来 6
- 高齢受給者・後期高齢者医療
 一般・低所得者入院 7
- 高齢受給者・後期高齢者医療
 一般・低所得者外来 8
- 高齢受給者・後期高齢者医療
 7割給付入院 9
- 高齢受給者・後期高齢者医療
 7割給付外来 0

※保険部分はB-2～5、11～13、15の作成が必要です。
 指定公費該当者は、B-6、14の作成が必要です。

4 「療養の給付」欄の「点数」の項
 療養の給付に係る返還点数を記載してください。

5 「療養の給付」欄の「金額(返還額)」の項
 療養の給付に係る返還額を療養の給付割合に従い記載してください。

6 「食事療養費(返還額)」欄
 食事療養費に係る返還額を記載してください。

7 「小計」及び「合計」欄
 小計は、保険者別返還金額一覧表1枚毎の計を記載してください。
 合計は、当該一覧表に係る総合計を、最上部((O-1)枚の頁)に記載してください。

(B-7) 公費負担者別（制度別）返還金額一覧表

公費負担医療用 ()枚

No.	点数表				医療機関(薬局)コード				公費負担者名	大外区分	療養の給付		食事療養費(返還額)	備考
	法別	府県	番号	CD	法別	府県	番号	CD			点数	金額(返還額)		
											点	円	円	
※ 各行の記載は、公費負担番号別、保険者番号別、入外区分別に1行を使用してください。														
「No.」欄は、保険者毎に、1からの通し番号を記載してください。														
※ 主保険が社保等である場合は、B-7に記載してください。														
法別番号71、72、81、82、83の公費は、主保険が社保等であってもB-16に記載してください。														
小計					(保険者数)						点	円	円	
合計					(保険者数)						点	円	円	

※ このページは、返還金関係書類を電子媒体（Excel）で作成する場合に入力するもので、このページの入力項目は、返還内訳書の当該部分にリンクしています。

なお、保険医療機関（薬局）の名称等について、紙媒体に出力後ゴム印等で対応される場合は、名称等の項目を入力不要として差し支えありません。

返還金関係書類の全てを紙媒体で作成する場合も、入力不要です。

また、同意書等の返還金関係書類の小計等について、可能な事項欄には、あらかじめ計算式を入力しています。必要に応じて、計算式の修正や計算式の追加は問題ありません。

この電子媒体（Excel）を使用いただく場合、セルの追加、削除、結合は、絶対、行わないでください。

1 保険医療機関(薬局)コードを入力してください。(数字、ハイフオン、点)

2 医療法人名を名称に含めている場合は、医療法人名を含めた名称で入力してください。

3 該当する点数表の番号を記載してください。

保険医療機関	コード	
	名称	
点数表(1. 医科 3. 歯科 4. 調剤 6. 訪問看護)		

【返還内訳書】C-6(高齢者医療制度円滑導入基金)

(C-6) 返 還 内 訳 書 社保円滑導入基金用

点数表

公費負担番号 42136010

医療機関(薬局)コード

保険者番号

医療機関(薬局)名

保険者名

(-)枚

No.	被保険者証の 記号・番号	受給者氏名	診療 (調剤) 年月 年 月	区分	返還点数 点	返還金額 円	事 由
※ 保険者毎に別葉とし、作成してください。 患者別の月毎(診療報酬明細書等の作成単位)に、1行を使用して ください。 「No.」欄は、1からの通し番号を 記載してください。							
小 計	()	(件)			点	円	
合 計	()	(件)			点	円	

1 「受給者氏名」欄
療養の給付等を受けた者の氏名を記載してください。(被保険者名ではありません。)

2 「(-)枚」欄
左側には、保険者毎に作成した当該保険者に係る返還訳書の合計枚数を記載してください。
右側には、当該保険者に係る返還内訳書の枚数を記載してください。

3 「診療(調剤)年月」欄
診療等を行った年月を記載してください。

4 「入外区分」欄
次の区分に応じ、該当する数字を記載してください。この区分は、レセプトにおける本人家族欄(レセプトの右上欄)と同じです。
 高齢受給者・後期高齢者医療一般・低所得者入院 …………… 7
 高齢受給者・後期高齢者医療一般・低所得者外来 …………… 8
 ※ 保険部分はC-2~5の作成が必要です。

5 「返還点数」欄
返還点数を記載してください。

6 「返還金額」欄
返還金額を記載してください。
 例: 返還対象となる点数が135点で、社保本人の場合
 $135点 \times 10円 \times 10\% = 135円$

7 「事由」欄
返還の指示があった項目を記載してください。返還同意書の別紙に記載の該当番号を記載してください。

8 「小計」及び「合計」欄
小計は、当該返還内訳書1枚の計を記載してください。
合計は、保険者毎に係る総合計を、上部「(-)枚」欄が〇-1枚のページに記載してください。

