

# 送付書記載例

平成 16 年 月 日

## 福祉医療費支給申請・請求明細書用 過誤返戻送付書

種別ごとの件数を記入してください

福祉医療費 公費負担者番号	1. 社 保	2. 国 保	3. 国保組合
82	10 件	件	2 件
合計件数			12 件

公費番号ごとに作成してください

愛媛県国民健康保険団体連合会 殿

以上のとおり過誤返戻支給申請・請求明細書を提出いたします。

この用紙はコピーして  
使用していただきますよう  
お願いいたします

保険者名 国 保 町  
担当者名 連 合 太 郎

この送付書は福祉医療費公費負担者番号ごとに作成してください。  
福祉医療費公費負担者番号欄には各公費番号の頭2ケタを記入してください。  
< 重心は「81」、乳幼児は「82」、母子は「83」と記入してください。 >  
< 市町村単独事業に該当する保険者は各公費番号「71」、「72」、「73」、「74」  
ごとに作成してください。 >  
件数は「1. 社保」「2. 国保」「3. 国保組合」の種別ごとに計上してください。  
提出合計件数を記入してください。

