

平成 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

福祉医療費 公費負担者番号	1. 社 保	2. 国 保	3. 国保組合
	件	件	件

合計件数	件
------	---

愛媛県国民健康保険団体連合会 殿

以上のおり過誤返戻支給申請・請求明細書を提出いたします。

保険者名 \_\_\_\_\_

担当者名 \_\_\_\_\_

※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。