

**廃止等旧機関の過誤精算に係る届出書**

届出年月日

平成      年      月      日

高知県国民健康保険団体連合会理事長 宛て

(精算先) 機関コード

機関名

\_\_\_\_\_ 印

廃止等に伴う過誤精算の方法について

廃止等旧機関にかかる診療報酬等の支払いのうち過誤により返還の必要が生じた場合、下記により精算することを届け出ます。

記

- 当機関にて精算する  
(廃止等旧機関)

機関コード							
機関名称							
廃止年月日							

- (精算先となる機関) ※精算先を記入してください。

機関コード							
機関名称							

- 当機関では精算しない (現金返還)

※□のどちらかをチェック (レ) のうえ御返送ください。