

※	No	バッチ	科	保険者番号	簿冊
	02				

県番号		医療機関コード					
2	2						

保険者

殿

保険医療機関の

下記のとおり請求する。

所在地及び名称

平成 年 月 日

開設者氏名

印

国民健康保険

区分	療養の給付				食事療養・生活療養				備考
	件数	診療 実日数	点数	一部負担金	件数	回数	金額	標準負担額	
01	一般(七〇以上) 請求	入院							
		入院外				/	/	/	/
	一般(七〇以上) 七割 請求	入院							
		入院外				/	/	/	/
	一般被保険者 請求	入院							
		入院外				/	/	/	/
	一(六歳) 一般 請求	入院							
		入院外				/	/	/	/
67	退職(本人) 請求	入院							
		入院外				/	/	/	/
	退職(被扶養者) 請求	入院							
		入院外				/	/	/	/
	退職(六歳) 請求	入院							
		入院外				/	/	/	/

公費負担医療

	請求	入院							
		入院外				/	/	/	/
	請求	入院							
		入院外				/	/	/	/
	請求	入院							
		入院外				/	/	/	/

※高額療養費	一般被保険者	件数		退職者	件数	
		金額			金額	

高額長期疾病該当者

一般 件

退職 件

注意 ※印の欄は記入しないこと。公費負担医療欄は再掲すること。