

平成 年 月分 診療報酬請求書総括表

保険者名			1	2	3	4	5	6	合計				
区分			件数	点数	件数	点数	件数	点数	件数	点数	件数	点数	
国民健康保険	一般被保険者	70歳一般低所得	入										
			外										
		70歳7割	入										
			外										
		一般	入										
			外										
	一般6歳	入											
		外											
	退職者	退職本人	入										
			外										
		被扶養者	入										
			外										
退職6歳		入											
		外											
総合計			件数	件	点数	点						特別療養費	件

都道府県名			1	2	3	4	5	6	合計				
区分			件数	点数	件数	点数	件数	点数	件数	点数	件数	点数	
後期高齢者	9割	入											
		外											
	7割	入											
		外											
総合計			件数	件	点数	点						特別療養費	件

医療機関コード _____

医・歯・調・看

受付番号 _____

保険医療機関等の
所在地及び名称

◎県内分と県外分は用紙を別にして下さい。
合計及び総合計も県内分・県外分ごとに記入して下さい。

◎請求書は、毎月10日(必着のこと)までに下記あて送付して下さい。

〒420-8558 静岡市葵区春日2丁目4番34号 静岡県国保会館

静岡県国民健康保険団体連合会

電話 054-253-5540(医科・歯科) 054-253-5541(調剤・訪問看護)

FAX 054-253-5543(医科・歯科・調剤・訪問看護)