

平成 年 月分 国民健康保険・退職者医療・後期高齢者医療及び公費総括表
 歯科

| 保 険 者 名 等 公 費 名 等 | 請 求 | | | 請 求 額 払 の 金 額 |
|---------------------------|-----|-----|---------|---------------|
| | 件 数 | 日 数 | 点 数 | |
| 後期高齢者医療 | | | | |
| 退職者医療 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 合 計 | | | | |
| 保険医療機関の所在地及び名称・電話番号・開設者氏名 | | | 医療機関コード | 平均点数 |
| | | | | |
| 埼玉県国民健康保険団体連合会 | | | | |

注 1 請求額払の金額欄は、後期高齢者医療及び退職者医療以外のものを記入して下さい。
 2 入院の請求がある場合は、入院・外来別に記入して下さい。
 3 合計欄の件数、日数、点数には公費分を含めないで下さい。

国民健康保険及び公費請求額払票

保険医療機関の所在地及び名称・電話番号・開設者氏名

| 区 分 | 月 別 | 点 表 | 医 療 機 関 コー ド | | | |
|----------------------|-----|-----|--------------|---|--|---|
| 請求月・点数表及び 医療機関コード | | 3 | | | | |
| 請求額払の金額 | | | | 千 | | 円 |

下欄は記入不要です。

件

↑ 1 書・2 簡・3 配・4 宅