連名簿

平成　　年　　月請求分

医療機関

市町村

受給者証番号		保険者番号	
被保険者証	記号	番号	
氏名	1男 2女　1明 2大 3昭 4平　・　・　生	診療年月	平成　年　月 1入院 ・ 2外来
一部負担金	円	処方箋発行医療機関	
窓口負担額	円		

受給者証番号		保険者番号	
被保険者証	記号	番号	
氏名	1男 2女　1明 2大 3昭 4平　・　・　生	診療年月	平成　年　月 1入院 ・ 2外来
一部負担金	円	処方箋発行医療機関	
窓口負担額	円		

受給者証番号		保険者番号	
被保険者証	記号	番号	
氏名	1男 2女　1明 2大 3昭 4平　・　・　生	診療年月	平成　年　月 1入院 ・ 2外来
一部負担金	円	処方箋発行医療機関	
窓口負担額	円		

受給者証番号		保険者番号	
被保険者証	記号	番号	
氏名	1男 2女　1明 2大 3昭 4平　・　・　生	診療年月	平成　年　月 1入院 ・ 2外来
一部負担金	円	処方箋発行医療機関	
窓口負担額	円		

受給者証番号		保険者番号	
被保険者証	記号	番号	
氏名	1男 2女　1明 2大 3昭 4平　・　・　生	診療年月	平成　年　月 1入院 ・ 2外来
一部負担金	円	処方箋発行医療機関	
窓口負担額	円		

市町村合計	件数	一部負担金	窓口負担額
		円	円

※合計は最終ページに記入すること。

ページ　　／