

保険者

--	--	--	--	--	--

都道府県番号 **40** 医療機関コード

(別記) 殿

下記のとおり請求する。
平成 年 月 日

保険医療機関の
所在地及び名称
電話番号
開設者氏名



老人保健

			療養の給付				食事療養・生活療養			
			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
②7	老人九割	請求	⑦ 入院			円			円	円
		請求	⑧ 入院外							
	※決定	請求	⑦ 入院							
		請求	⑧ 入院外							
	老人七割	請求	⑨ 入院							
		請求	⑩ 入院外							
※決定	請求	⑨ 入院								
	請求	⑩ 入院外								

公費負担医療

			療養の給付				食事療養・生活療養			
			件数	診療実日数	点数	一部負担金	患者負担額	件数	回数	金額
④3	老人被爆	請求	入院							
		請求	入院外							
	※決定	請求	入院							
		請求	入院外							
	請求	入院								
		入院外								
	※決定	入院								
		入院外								
	請求	入院								
		入院外								
	※決定	入院								
		入院外								
	請求	入院								
		入院外								
	※決定	入院								
		入院外								

備考

※高額療養費	70 一般被保険者	件数		71 退職者	件数	
		金額	円		金額	円

(注1) 「43 老人被爆」欄は、老人被爆者に係る公費負担の数値を記載願います。
(注2) ※印の欄は記入しないこと。