

保険医療  
機関番号

平成 年 月分 診療報酬総括票

保険医療機関の  
所在地及び名称

開設者氏名

区 分			件 数	点 数	食事療養		※受付件数
					件 数	金 額	
国 保	保一般 者被	入 院				円	
		入 院 外					
	退 職 者	入 院					
		入 院 外					
医 療 福 祉 費							受付日付印
公 費 負 担							
後 期 高 齢		入 院					
		入 院 外					
後 期 医 療 福 祉							
後 期 公 費 負 担							