

広域連合名

殿

医療機関

コード

下記のとおり請求する。

保険医療機関の
所在地及び名称
開設者氏名

平成 年 月 日

㊞

後期高齢者医療

		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	件数	回数	金額	標準負担額
九 割	請求	入院			円			円	円
		入院外							
	※決定	入院							
		入院外							
七 割	請求	入院							
		入院外							
	※決定	入院							
		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	件数	回数	金額	標準負担額
	請求	入院			円			円	円
		入院外							
	※決定	入院							
		入院外							
	請求	入院			円			円	円
		入院外							
	※決定	入院							
		入院外							
	請求	入院			円			円	円
		入院外							
	※決定	入院							
		入院外							
	請求	入院			円			円	円
		入院外							
	※決定	入院							
		入院外							
	請求	入院			円			円	円
		入院外							
	※決定	入院							
		入院外							

※備考	※入力番号	※診療科

注1 ※印の欄は記入しないこと。

※高額療養費	件数	
	金額	円