

郵便番号 医療機関
コード

月分福岡県 国民健康保険 後期高齢者 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

電話番号

○月おくれ及び再提出分は当月分に合算して本表に計上し毎月十日までに提出下さい。
○障害者、子ども、ひとり親医療費のうち、医保分は別綴で提出下さい。

保 険 者 号 保 番	① 国民健康保険		② 退職者医療		③ 老人保健		保 険 者 号 保 番	④ 後期高齢者医療	
	件数	点 数	件数	点 数	件数	点 数		件数	点 数
計							計		

①+②+③	件	点	総合計 ①+②+③+④	件	点	1件当たり点数	点	医保 障害者・子ども・ひとり親医療合計	件	点
-------	---	---	----------------	---	---	---------	---	---------------------	---	---