

審査済印

後期高齢者医療 請求添付票



平成 年 月分

県内分	県外分
-----	-----

当月分	月遅れ分
-----	------

保険医療機関	標榜科	保険医療機関の所在地及び名称、開設者氏名	〒 (-)
	コード		TEL () (-)

入カバッチ						
県番号	決済コード	点数区分	種別コード	係コード	No.	ラスト
45		3	7	B		

確認	検印

件数	担当者	入力年月日	担当者
		年 月 日	