

# 平成 年 月診療分提出票

提出日 平成 年 月 日

愛媛県国民健康保険団体連合会あて

機関コード	
名称	
電話番号	

下記該当提出物に○または媒体については、提出枚数を記入してください。

診療報酬明細書				福祉医療費支給申請・請求 明細書（様式第三号）				出産育児		母子 健診	特別 療養費	再審査 (取下げ)
媒体		紙レセプト		媒体	81 (71)	82 (72)	83	媒体	紙			
確認試験	県内	県外	確認試験		重心	乳幼児	母子					
枚		枚		枚	枚			枚	枚			

介護給付費 明細書	
媒体	紙
枚	

※上記以外の提出物については、下の「その他」欄へ名称を記入してください。

その他

--