都道 市町村 国保組合 所 地 府県 在 名 称 開設者氏名 印 下記のとおり請求する。 電 話 番 号 医療機関コード 年 月 日 保険者番号 県番号 平成 歯 3 科 7 国民健康保険 療養の給付 食事療養・生活療養 件数 一部負担金 日 数 点 件 数 回数 金 額標準負担額 入 院 請求 舟殳 入院外 大般. 0歳以上 入 院 ※決定 入院外 般(七 円 円 請求 入院外 歳以上七割) 入 院 ※決定 入院外 入 院 円 円 請求 入院外 入 院 ※決定 入院外 入 院 円 円 請求 舟殳 入院外 震 入 院 ※決定 入院外 入 院 円 円 請求 退職 入院外 (文 入 院 ※決定 入院外 入 院 円 円 退職 請求 入院外 ※決定 入院外 入 院 円 円 円 請求 退職 入院外 (六歳 入 院 ※決定 入院外 請求 公費負担医療 入院外 入 院 ※決定 入院外

高額療養費 般 件数

金額

被保険者

件数

金額

円

退職者

診療報酬請求書(歯科)

〔他府県用〕 平成 年 月分

保険者

注意 ※印の欄は記入しないこと。

免は免除証明書該当件数を記入願います。

免