

保険者

殿

保険医療機関の
所在地及び名称
電話番号
開設者氏名

下記のとおり請求する。

令和 年 月 日
国民健康保険

保 険 者 番 号	県番号	医 療 機 関 コ ー ド	表 別
.....	3 3	歯科 3

区 分			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
一般 (七〇歳以上 ・低所得)	請求	入 院				円			円	円
		入院外								
	※決定	入 院								
		入院外								
一般 (七〇歳以上七割)	請求	入 院								
		入院外								
	※決定	入 院								
		入院外								
一般被保険者	請求	入 院								
		入院外								
	※決定	入 院								
		入院外								
一般(六歳)	請求	入 院								
		入院外								
	※決定	入 院								
		入院外								
退職(本人)	請求	入 院								
		入院外								
	※決定	入 院								
		入院外								
退職(被扶養者)	請求	入 院								
		入院外								
	※決定	入 院								
		入院外								
退職(六歳)	請求	入 院								
		入院外								
	※決定	入 院								
		入院外								

備考 1. この用紙はA列4番クリーム色黒刷りとする。
2. ※印の欄は、記入しないこと。

保 険 者 番 号	県番号	医 療 機 関 コ ー ド	表 別
.....	3 3	歯科 3

公費負担医療

区 分			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								
		入院外								
	※決定	入 院								
		入院外								
	請求	入 院								
		入院外								
	※決定	入 院								
		入院外								
	請求	入 院								
		入院外								
	※決定	入 院								
		入院外								
	請求	入 院								
		入院外								
	※決定	入 院								
		入院外								
	請求	入 院								
		入院外								
	※決定	入 院								
		入院外								
	請求	入 院								
		入院外								
	※決定	入 院								
		入院外								

備 考

- 備考 1. この用紙はA列4番クリーム色黒刷りとする。
2. ※印の欄は、記入しないこと。

※高額療養費	一般被保険者	件数 金額		円	退職者	件数 金額		円
--------	--------	----------	--	---	-----	----------	--	---