

医療機関コード					

広域連合 殿

下記のとおり請求する。
令和 年 月 日

保険医療機関の
所在地及び名称
電話番号
開設者氏名

後期高齢者医療

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
後期 高齢 一般・ 低所得者	請求	入院						
		入院外						
	※決定	入院						
		入院外						
後期 高齢 七割	請求	入院						
		入院外						
	※決定	入院						
		入院外						

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						
		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	件数	
	金額	円