

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。

保   険   者   番   号	県番号	医   療   機   関   コ   ー   ド	表   別
⋮⋮⋮⋮⋮	3 ⋮ 3	⋮⋮⋮⋮⋮⋮⋮	医 ⋮ 科 ⋮ 1

平成      年      月      日

国民健康保険

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 (一七〇歳以上 ・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	:  :  :  :  :  :	医  :  科  :  1

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								

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		退職者	件数	
		金額	円		金額	円