

広域連合 殿

下記のとおり請求する。

平成 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 九割	請求	入 院				円			円	円
		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				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								

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