

山梨県国民健康保険団体連合会
理事長 _____ 殿

(保険者名)
長 _____ 印

後期高齢者医療給付内訳書 (第 回 目)

下記被保険者に対して、後期高齢者医療の医療給付を次のとおり行ったので、(自動車損害賠償保障法施行令第3条第2項に規定する)関係書類を送付いたします。

被保険者(被害者)		事故年月日	
相手方(加害者)		請求先(保険会社等名)	
主な傷病名			

【療養の給付】

医療機関名	診療年月	区分	保険請求点数 (事故点数)	金額(円)	備考欄 (科別等)
	平成 年 月分	入・外			
	平成 年 月分	入・外			
	平成 年 月分	入・外			
	平成 年 月分	入・外			
	平成 年 月分	入・外			
	平成 年 月分	入・外			
小 計		入院 件 外来 件			

【その他の給付】

種 別	金額(円)	内 訳 等	種 別	金額(円)	内 訳 等
療 養 費			高 額 療 養 費		
看 護 料			傷 病 手 当 金		
移 送 費			葬 祭 費		

合 計 金 額	円
---------	---

連絡事項	(支払完了・支払継続中)
------	--------------

(注) 1 療養の給付については、診療報酬明細書の写しを添付してください。
 2 第2回目以降は、傷病名欄の記載を省略してもかまいません。
 3 事故点数は、診療報酬明細書に記載されている場合のみ記入してください。