

老人保健医療費審査決定通知書

殿

市町村コード	2	7	1	9				
--------	---	---	---	---	--	--	--	--

平成 年 月分 医療費を下記のとおり審査決定いたしました。

山梨県国民健康保険団体連合会

種別 番号	医療機関名	受給者名	件数	日数	請求額	決定点数	一部負担金	決定金額	備考
合計	1960000006	9 割							
		8 割							
		10 割							

- 種別番号 1. 一般診療 2. 補装具 3. 柔道整復師の施術 4. アンマ・ハリキュウ 5. マッサージ 6. 移送 7. その他
 ○ 欄は記入しないで下さい。