

老人保健医療費審査依頼書

平成年 月 日

山梨県国民健康保険団体連合会 殿

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

医療費の審査を下記の通り依頼いたします。

市町村長名

印

種類別 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							

○種類別番号 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。

老人保健医療費審査依頼書

平成 年 月 日

山梨県国民健康保険団体連合会 殿

市町村コード 2 7 1 9

医療費の審査を下記の通り依頼いたします。

市町村長名 (印)

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。

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 類 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							

- 種類別番号 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。