

医療機関コード

193

保険者番号

保険医療機関の
所在地及び名称
電話番号
開設者氏名

印

下記のとおりに請求する。
平成 年 月 日
国民健康保険

			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(七〇歳) 以上一般・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								

公費負担医療

81 (乳幼児)	請求	入院				円				
		入院外								
82 (ひとり親)	請求	入院								
		入院外								
	請求	入院								
		入院外								
	請求	入院							円	円
		入院外								
	請求	入院								
		入院外								
	請求	入院								
		入院外								

注意 ※印の欄は記入しないこと。