

医療機関コード

191

広域連合 殿

下記のとおり請求する。

令和 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

印

後期高齢者医療

		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	入 院			円			円	円
	求	入 院 外							
	※決定	入 院							
		入 院 外							
後期 高齢 七割	請	入 院							
	求	入 院 外							
	※決定	入 院							
		入 院 外							

公費負担医療

82 (ひとり親)	請	入 院			円				
	求	入 院 外							
	※決定	入 院							
		入 院 外							
	請	入 院							
	求	入 院 外							
	※決定	入 院							
		入 院 外							
	請	入 院						円	円
	求	入 院 外							
	※決定	入 院							
		入 院 外							
	請	入 院							
	求	入 院 外							
	※決定	入 院							
		入 院 外							

備 考	
-----	--

注意 ※印の欄は記入しないこと。