

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
一後 般・期 低所得 高所得 年齢	請 求	入 院			円			円	円
		入 院 外							
	※ 決 定	入 院							
		入 院 外							
後 期 高 齢 七 割	請 求	入 院							
		入 院 外							
	※ 決 定	入 院							
		入 院 外							

公費負担医療

82  (ひとり親)	請 求	入 院			円				
		入 院 外							
	※ 決 定	入 院							
		入 院 外							
	請 求	入 院							
		入 院 外							
	※ 決 定	入 院							
		入 院 外							
	請 求	入 院						円	円
		入 院 外							
	※ 決 定	入 院							
		入 院 外							
	請 求	入 院							
		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。