

医療機関コード

193

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 高 所 得 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。