

平成 年 月分

特別療養費診療明細書（資格証明書）送付状

保険者

--	--	--	--	--

() 殿

都道府 40 医療機関
県番号 コード

下記のとおり送付する。
平成 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

国民健康保険

		療養の給付			食事療養費・生活療養		
		件数	診療実日数	点数	件数	回数	金額
一般 ・低所得 (七〇歳以上一般)	⑦入院						円
	⑧入院外				/		
一般 (七〇歳以上)	⑨入院						
	⑩入院外				/		
一般被保険者	入院						
	入院外				/		
67 退職者 (本人)	①入院						
	②入院外				/		
67 退職者 (被扶養者)	⑤入院						
	⑥入院外				/		