

保険者

--	--	--	--	--

都道府県番号 40

医療機関コード

国保組合 殿

保険医療機関の
所在地及び名称
電話番号
開設者氏名



下記のとおり請求する。
平成 年 月 日

老人保健

			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
②7 老人 九割 老人 八割 老人 七割	請求	⑦ 入院				円			円	円
		⑧ 入院外								
	※決定	⑦ 入院								
		⑧ 入院外								
	請求	⑨ 入院								
		⑩ 入院外								
	※決定	⑨ 入院								
		⑩ 入院外								
	請求	⑨ 入院								
		⑩ 入院外								
	※決定	⑨ 入院								
		⑩ 入院外								

公費負担医療

			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	患者負担額	件数	回数	金額
④3 老被 人爆	請求	入院				円			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								
	請求	入院								
		入院外								
	※決定	入院								
		入院外								

備考

※高額療養費	70 一般被保険者	件数			71 退職者	件数	
		金額	円			金額	円

(注1) 「43 老人被爆」欄は、老人被爆者に係る公費負担の数値を記載願います。
(注2) ※印の欄は記入しないこと。