

3	9					
---	---	--	--	--	--	--

都道府
県番号 40

医療機関
コード

各 広 域 連 合 殿

下記のとおり請求する。
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

㊞

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
③9	後 期 高 割	請 求	⑦ 入 院			円			円	円
			⑧ 入 院 外							
		※ 決 定	⑦ 入 院							
			⑧ 入 院 外							
	後 期 高 齢 者 医 療	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
	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								
	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	件数	
	金額	円

(注1) ※印の欄は記入しないこと。