料金後納
郵便

診療（調剤）報酬等支払額決定通知書

平成　　年　　月　　日 作成
福岡県国民健康保険団体連合会

印

平成　　年　　月請求分（　　月診療分）

保険医療機関コード	保険医療機関名	被振込銀行		振込日
XXXXXXX	○○○　○○○○○医院	○○銀行	○○支店	平成　年　月　日

区　分	件数 件	点数 点	決定額 円	過誤調整額 円	確定額 円
一般					
退職					
公費					
県単					
端数					
小計					
後期高齢者					
公費（後期）					
県単（後期）					
端数（後期）					
小計（後期）					
合計					

累積債権額	
振込総額	

※ 訪問看護療養費、柔道整復療養費の点数欄には金額を表示しております。

〒 812-8521

福岡県福岡市博多区吉塚本町13-47
福岡県国民健康保険団体連合会