

保険者

--	--	--	--	--

都道府県番号 **40**

医療機関コード

(別記) 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



国民健康保険

		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
一般 (七〇歳以上一般・低所得)	請求	⑦ 入院			円			円	円
		⑧ 入院外							
	※決定	⑦ 入院							
		⑧ 入院外							
一般 (七〇歳以上七割)	請求	⑨ 入院							
		⑩ 入院外							
	※決定	⑨ 入院							
		⑩ 入院外							
一般被保険者	請求	入院							
		入院外							
	※決定	入院							
		入院外							
一般 (六歳)	請求	③ 入院							
		④ 入院外							
	※決定	③ 入院							
		④ 入院外							
⑥7 退職者 (本人)	請求	① 入院							
		② 入院外							
	※決定	① 入院							
		② 入院外							
⑥7 退職者 (七〇歳以上九割)	請求	⑦ 入院							
		⑧ 入院外							
	※決定	⑦ 入院							
		⑧ 入院外							
⑥7 退職者 (七〇歳以上七割)	請求	⑨ 入院							
		⑩ 入院外							
	※決定	⑨ 入院							
		⑩ 入院外							
⑥7 退職者 (被扶養者)	請求	⑤ 入院							
		⑥ 入院外							
	※決定	⑤ 入院							
		⑥ 入院外							
⑥7 退職者 (六歳)	請求	③ 入院							
		④ 入院外							
	※決定	③ 入院							
		④ 入院外							

注意 ※印の欄は記入しないこと。