

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



下記のとおりに請求する。
令和 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 八割 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。