

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。