

●診療報酬明細書等送付状(郵送専用)の記入要領

**月分福岡県 国民健康保険 後期高齢者 診療報酬総括票**

保険医療機関	標準科名	〒	所在地	TEL	名称	開設者名	医療機関コード	関係
保険者番号	入外別	①国民健康保険		②退職者医療		③老人保健		④後期高齢者医療
		件数	点数	件数	点数	件数	点数	
入	入							入
外	外							外
入	入							入
外	外							外
入	入							入
外	外							外
入	入							入
外	外							外
入	入							入
外	外							外
入	入							入
外	外							外
計	計							計
入	入							入
外	外							外

○月おくれ及び再提出分は当月分に合算して本表に計上し毎月十日までに提出下さい。  
○障害者・子ども・ひとり親医療費のうち、医療分は別紙で提出下さい。

①+②+③	入	外	合計	①+②+③+④	入	外	1件当たり点数	医療・障害者・子ども・ひとり親医療費合計

○ とヒ穴

