

# 福 岡 県 国 民 健 康 保 険 者 診 療 報 酬 総 括 票

○ 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、医保分は別綴で提出下さい。

保険医療機関	標榜科名		所在地		名称		医療機関コード				
	TEL				開設者名						
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		保険者番号	入外別	④ 後期高齢者医療	
		件数	点数	件数	点数	件数	点数			件数	点数
	入								入		
	外								外		
	入								入		
	外								外		
	入								入		
	外								外		
	入								入		
	外								外		
	入								入		
	外								外		
	入								入		
	外								外		
計	入								入		
	外								外		

①+②+③	入	件	点	総合計 ①+②+③+④	入	件	点	1件当たり点数	医保 障害者・子ども・ひとり親医療合計
	外	件	点		外	件	点	点	