

3	9					
---	---	--	--	--	--	--

都道府  
県番号 40

医療機関  
コード

各 広 域 連 合 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

後期高齢者医療

			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	件 数	回 数	金 額	標 準 負 担 額	
③9	後 期 高 割	請 求	⑦ 入 院			円			円	円	
			⑧ 入 院 外								
		※ 決 定	⑦ 入 院								
			⑧ 入 院 外								
	後 期 七 割	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	標 準 負 担 額 (公費分)	
	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									
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	件数	
	金額	円

(注1) ※印の欄は記入しないこと。