

医療機関
コード _____

広域連合 殿

下記のとおり請求する。

保険医療機関の
所在地及び名称

令和 年 月 日

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
一般・後期 低所得	請求	入院			円		円	円
		入院外						
	※決定	入院						
		入院外						
後期 七割	請求	入院						
		入院外						
	※決定	入院						
		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	件数	回数	金額	標準負担額
○	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						
○	請求	入院						
		入院外						
	※決定	入院						
		入院外						

備考

注意 ※印の欄は記入しないこと。

※高療養費	件数	
	金額	円