

保険者

殿

保険医療機関の
所在地及び名称

電話番号

開設者氏名

下記のとおり請求する。

| 保 険 者 番 号 | 県番号 | 医 療 機 関 コ ー ド | 表 別 |
|-----------|-----|---------------|-------|
| | 3 3 | | 医 科 1 |

令和 年 月 日

国民健康保険

| 区 分 | | | 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 所得) | 請求 | 入 院 | | | | 円 | | | 円 | 円 |
| | | 入院外 | | | | | | | | |
| | ※決定 | 入 院 | | | | | | | | |
| | | 入院外 | | | | | | | | |
| 一般 (七〇歳以上七割) | 請求 | 入 院 | | | | | | | | |
| | | 入院外 | | | | | | | | |
| | ※決定 | 入 院 | | | | | | | | |
| | | 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 | 入 院 | | | | | | | | |
| | | 入院外 | | | | | | | | |
| | ※決定 | 入 院 | | | | | | | | |
| | | 入院外 | | | | | | | | |
| 退職(本人) | 請求 | 入 院 | | | | | | | | |
| | | 入院外 | | | | | | | | |
| | ※決定 | 入 院 | | | | | | | | |
| | | 入院外 | | | | | | | | |
| 退職(被扶養者) | 請求 | 入 院 | | | | | | | | |
| | | 入院外 | | | | | | | | |
| | ※決定 | 入 院 | | | | | | | | |
| | | 入院外 | | | | | | | | |
| 退職(六歳) | 請求 | 入 院 | | | | | | | | |
| | | 入院外 | | | | | | | | |
| | ※決定 | 入 院 | | | | | | | | |
| | | 入院外 | | | | | | | | |

備考 1. この用紙はA列4番クリーム色黒刷りとする。
2. ※印の欄は、記入しないこと。

| 保 険 者 番 号 | 県番号 | 医 療 機 関 コ ー ド | 表 別 |
|-----------|-----|---------------|-------|
| | 3 3 | | 医 科 1 |

公費負担医療

| 区 分 | | 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 | | | | | | | |
| | 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 |
|-----|

備考 1. この用紙はA列4番クリーム色黒刷りとする。
2. ※印の欄は、記入しないこと。

| | | | | | | |
|--------|--------|----------|---|-----|----------|---|
| ※高額療養費 | 一般被保険者 | 件数 金額 | 円 | 退職者 | 件数 金額 | 円 |
|--------|--------|----------|---|-----|----------|---|