

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

| 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 |
| 後期 高齢 一般・ 低所得者 | 請求 | 入 院 | | | | 円 | | | 円 | 円 |
| | | 入院外 | | | | | | | | |
| | ※決定 | 入 院 | | | | | | | | |
| | | 入院外 | | | | | | | | |
| 後期 高齢 七割 | 請求 | 入 院 | | | | | | | | |
| | | 入院外 | | | | | | | | |
| | ※決定 | 入 院 | | | | | | | | |
| | | 入院外 | | | | | | | | |

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 | | | | | | | | |

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 | 件数 | |
| | 金額 | 円 |