

保険者

殿

保険医療機関の
所在地及び名称

電話番号

下記のとおり請求する。

開設者氏名

印

保険者番号				県番号		医療機関コード							

令和 年 月 日

			療養の給付				備考
			件数	診療実日数	点数	一部負担金	
一般被 保 険 者	70歳以上 一般・低所得	請求					
		※決定					
	70歳以上 7割	請求					
		※決定					
	一 般	請求					
		※決定					
	6 歳	請求					
		※決定					
退 職 者	本 人	請求					
		※決定					
	被扶養者	請求					
		※決定					
	6 歳	請求					
		※決定					

公費負担医療		請求				
		※決定				
		請求				
		※決定				
		請求				
		※決定				
		請求				
		※決定				
		請求				
		※決定				

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

- 注意 1. ※印の欄は記入しないこと。
2. 請求書は各保険者(市町・国保組合)毎に1枚添付すること。