

年 月

国民健康保険診療報酬請求書送り状

(国保連合会宛)

レセ 区分	0	1	2	3
採択	1			
B.H	:			

保険医療機関
の所在地
及び名称
開設者氏名

府県

37

医療機関コード

区分 法制番号	請求		一部負担金 患者負担金	増減点		返戻		修正 区分	
	件数	点数		増	減	件数	点数		
00	9	一 般 被 保 險 者	70以上 低所得	入院					
			入院外						
	8	一 般 被 保 險 者	70割以上	入院					
			入院外						
	0	一 般 被 保 險 者	一般	入院					
			入院外						
	3	一 般 被 保 險 者	6歳	入院					
			入院外						
67	1	退 職 者	本人	入院					
			入院外						
	2	退 職 者	被扶養者	入院					
			入院外						
	3	退 職 者	6歳	入院					
			入院外						

- 注 1、 の部分に記入してください。
 2、 一般被保険者、退職者は別掲です。

年 月分 国民健康保険診療報酬請求書送り状

(国保連合会宛)

府県

医療機関コード

37

公費負担医療

区分 法制番号	請求		一部負担金 患者負担金	増減点		戻戻		修正 区分
	件数	点数		増	減	件数	点数	
10 0 感37 の2条	入院							
	入院外							
11 0 感37 条	入院							
	入院外							
21 0 精神 通院	入院外							
	入院							
0	入院							
	入院外							
0	入院							
	入院外							
0	入院							
	入院外							
0	入院							
	入院外							
0	入院							
	入院外							
0	入院							
	入院外							
0	入院							
	入院外							
0	入院							
	入院外							

- 注 1、 の部分に記入してください。
 2、感37の2条欄以降は、一般被保険者、退職者欄の再掲です。
 3、法制番号の記入のない公費は、順次空欄に記入してください。

年 月分 国民健康保険入院時食事療養・生活療養 送り状
 (国保連合会宛)

保険医療機関
 の所在地
 及び名称
 開設者氏名

37

区分 法制番号			請求		標準負担額	増減		返戻		修正 区分
			件数	金額		増	減	件数	金額	
00	9	一般被 保険者	上70歳以 下一般 所得	円	円	円	円		円	
	8		7以上 70歳							
	0		一般							
	3		6歳							
67	1	退 職者	本人							
	2		被養 扶者							
	3		6歳							

公費負担医療

11	0	感37条								
	0									
	0									
	0									
	0									
	0									

- 注 1、 の部分に記入してください。
- 2、 一般被保険者、退職者は別掲です。
- 3、 公費負担医療は、一般被保険者、退職者欄の再掲です。
- 4、 法制番号11以外の公費は、順次空欄に記入してください。