

保険者番号				県番号	医療機関コード									
4	0	3	0	2	2	0	9	1	2	3	4	5	6	7

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 (公費分)
15 更生	請求	入院			円			円	円
		入院外	1	1	273				
	※決定	入院							
		入院外							
51 特定疾患	請求	入院							
		入院外	1	1	273				
	※決定	入院							
		入院外							
21 精神通院	請求	入院			円			円	円
		入院外	1	1	273				
	※決定	入院							
		入院外							
23 養育	請求	入院							
		入院外	1	1	273				
	※決定	入院							
		入院外							

備考

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

注意 ※印の欄は記入しないこと。

備考 この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。