

月 分 福岡県国民健康保険診療報酬総括票

○ 備考欄
記入例：乳幼児・母子医療費のとき、正負は正負の符号を記入して下さい。

保険医療機関	標準科名	所在地 〒 TEL	名 称 開設者名	医療機関 コード	
--------	------	--------------	-------------	-------------	--

保険者 番 号	入 外 別	①国民健康保険		②退職者医療		③老人保健		食 事 療 養 費	
		件数	点 数	件数	点 数	件数	点 数	件数	金 額 (円)
ア	入								
	外								
	入								
	外								
	入								
	外								
	入								
	外								
	入								
	外								
イ 計	入								
	外								

1件当り点数

エ

オ

①+②+③	入	件	点	諸公費合計	件	点	障害者・乳幼児・母子医療合計	国保医療	件	点
	外	件	点					件	点	

国保診療報酬総括票記載要領(福岡県)

- 1 . **ア** の保険者番号欄の順番は、5 0 1 (福岡市)を頭に、県内市町村国保、組合同保、県外市町村国保の順に記入して下さい。

明細書の綴じる順は、総括票の順にして下さい。
- 2 . 総括表が1枚で不足の場合は、必要数をつけ加えて下さい。
- 3 . **イ・ウ** の合計欄の記入は、総括表が2枚以上あっても、最上部のものに記入して下さい。

下部の総括票集計欄は、記入の必要はありません。
- 4 . **エ** の諸公費合計欄は、乳・障・母を除き、各請求書に於ける公費欄の件数・点数の合計を記入して下さい。
- 5 . **オ** の障害者・乳幼児・母子医療合計欄は、国保連合会に提出する分のみを記入します。