

平成18年11月29日

保険者番号					県番号		点区	医療機関コード							
0	1	0	0	2	5	4	7	1	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 (円)	件数	回数	金額 (円)	標準負担額 (円)		
52	08 請求	入院										
	67	入院外	1	1	199							
	27 ※決定	入院										
		入院外										
45	08 請求	入院										
	67	入院外	1	1	395							
	27 ※決定	入院										
		入院外										
45	08 請求	入院										
	67	入院外	1	1	395	600						
	27 ※決定	入院										
		入院外										
	08 請求	入院										
	67	入院外										
	27 ※決定	入院										
		入院外										
	08 請求	入院										
	67	入院外										
	27 ※決定	入院										
		入院外										
	08 請求	入院										
	67	入院外										
	27 ※決定	入院										
		入院外										
	08 請求	入院										
	67	入院外										
	27 ※決定	入院										
		入院外										
	08 請求	入院										
	67	入院外										
	27 ※決定	入院										
		入院外										

注意 ※印の欄は記入しないこと。