

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

公費負担医療(再掲)

			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)
障害	請求	入 院	1	2	4,082		1	6	3,840	1,560
		入院外	1	1	419					
81	※決定	入 院								
		入院外								
	請求	入 院								
		入院外								
	※決定	入 院								
		入院外								
	請求	入 院								
		入院外								
	※決定	入 院								
		入院外								

備 考

※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 ※印の欄は記入しないで下さい。

特別療養費	件	日	点
-------	---	---	---