

国保 (医科)

平成 年 月分診療報酬総括請求書

都道府県番号	医療機関コード
13	

保険医療機関所在地

〒 

--	--	--	--	--	--

名称 (電話)

開設者氏名

印

区分	療養の給付			食事療養		指導整備委員会印	受付印	審査印
	件数	点数	公費併用 件数	件数	金額			
都内 保険者	国保	件	点	件	件	円		
	退職者							
	老健							
	計							
都外 保険者	国保							
	退職者							
	老健							
	計							

磁気媒体	※ M O	※ M T	※ F D	枚
------	----------	----------	----------	---

(※該当に○を付けて下さい)