

| | | | | | | | | | | |
|-----------|---|---|---|---|-------|---|---------------|---------|--|--|
| 保 険 者 番 号 | | | | | 県 番 号 | | 医 療 機 関 コ ー ド | | | |
| 2 | 5 | 0 | 0 | 1 | 9 | 2 | 5 | 7654321 | | |

| | | 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) |
| | | 件 | 日 | 点 | 円 | 件 | 回 | 円 | 円 |
| 公 社 | 請 求 | 402 入 院 | | | | | | | |
| | | 401 入 院 外 | | | | | | | |
| | ※ 決 定 | 入 院 | | | | | | | |
| | | 入 院 外 | | | | | | | |
| 19 原 爆 一 般 | 請 求 | 入 院 | | | | | | | |
| | | 入 院 外 | 1 | 2 | 8,978 | | | | |
| | ※ 決 定 | 入 院 | | | | | | | |
| | | 入 院 外 | | | | | | | |
| 28 感 染 症 入 院 | 請 求 | 入 院 | | | | | | | |
| | | 入 院 外 | 1 | 1 | 125 | | | | |
| | ※ 決 定 | 入 院 | | | | | | | |
| | | 入 院 外 | | | | | | | |
| 28 PCR 検 査 | 請 求 | 入 院 | | | | | | | |
| | | 入 院 外 | 1 | 1 | 125 | | | | |
| | ※ 決 定 | 入 院 | | | | | | | |
| | | 入 院 外 | | | | | | | |
| 28 コ ロ ナ 軽 症 | 請 求 | 入 院 | | | | | | | |
| | | 入 院 外 | 1 | 2 | 250 | | | | |
| | ※ 決 定 | 入 院 | | | | | | | |
| | | 入 院 外 | | | | | | | |

備 考

- 備考 1. この用紙は、A列4版クリーム色上質紙(55Kg)とし黒刷りしてください。
 2. ※印の欄は記入しない下さい。
 3. 請求欄は入院、入院外別に区分して集計して下さい。
 4. 福祉医療については、公費負担医療の福祉欄に再掲し、福祉医療分を入院・入院外別に合計の上、記載してください。