

広域連合番号	3	9						医療機関コード*		表別
広域連合								保険医療機関の所在地及び名称		医科
令和 年 月 日	下記の通り請求する。							開設者氏名		1

区分	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	日数/回数	金額	標準負担額
一般・低所得 後期高齢者	入院			円			円	円
	入院外			円				
七割 後期高齢者	入院			円			円	円
	入院外			円				
後期高齢者医療 公費負担医療	入院			円	長期高額療養費件数 □			
		入院外		円				
	入院			円				
		入院外		円				
	入院			円				
		入院外		円				
	入院			円				
		入院外		円				
	入院			円				
		入院外		円				
	入院			円				
		入院外		円				

備考

※ 1. 請求書は各都道府県単位で作成してください。  
 2. 公費負担医療欄については、制度毎に記載して下さい。（再掲）