

分 特 別 医 療 費 請 求 書 総 括 表

医療機関  
コード

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

鳥取県国民健康保険団体連合会 様

平成 年 月 日

医療機関等の所在地及び名称

開設者氏名

㊞

国 民 健 康 保 険										健 康 保 険 等										合 計		
区分	番号	給付割合	件数	点数	結子等公費負担点数	薬剤一部負担金	受給者支払額	食事療養費標準負担額	特別医療費請求額	区分	番号	給付割合	件数	点数	結子等公費負担点数	薬剤一部負担金	受給者支払額	食事療養費標準負担額	特別医療費請求額	件数	特別医療費請求額	
請 求 院	入	21	老9							院	入	21	老9									
		22	老8									22	老8									
		23	9									23	9									
		24	8									24	8									
		25	7									25	7									
求 院 外	入	26	老9							院 外	入	26	老9									
		27	老8									27	老8									
		28	9									28	9									
		29	8									29	8									
		30	7									30	7									
※ 決 定 院	入	21	老9							院	入	21	老9									
		22	老8									22	老8									
		23	9									23	9									
		24	8									24	8									
		25	7									25	7									
定 院 外	入	26	老9							院 外	入	26	老9									
		27	老8									27	老8									
		28	9									28	9									
		29	8									29	8									
		30	7									30	7									

記入上の注意

- 1 この総括表は、特別医療費請求書に添付して鳥取県国民健康保険団体連合会へ提出してください。
- 2 給付割合により該当欄に記入してください。なお、高齢者(70歳以上で老人保健法適用以外の者)については9・8割欄に記入してください。
- 3 ㊞の請求は国民健康保険欄又は健康保険等欄の該当箇所に、㊞は国民健康保険欄にそれぞれ記入してください。
- 4 ※印の項は記入しないでください。