

保険者番号					県番号		医療機関コード					表別				
3	3	0	0	1	9	3	3	1	2	3	4	5	6	7	医科	1

公費負担医療

		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
請求	入院				円			円	円
	入院外								
※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								
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								
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

- 備 考 1. この用紙はA列4番クリーム色黒刷りとする.
 2. ※印の欄は, 記入しないこと.