

乳 乳幼児医療費請求総括表

| | | | |
|------|---|---|-----|
| レセ区分 | ① | 2 | 3 |
| 採 択 | 1 | 3 | 4 9 |
| 担 当 | | | |
| B・H | | | |

| | | | |
|------|--------------|-----------------|---|
| 提 出 | 平成 年 月分 | 医療機関 コード | |
| | 平成 年 月 日 | | |
| 振込銀行 | 銀 行 本(支)店 | 所在地 〒 | |
| 請 求 | 取 扱 件 数 | 名 称 開設者名 | 印 |
| | 国 一般分 | | |
| | 保 退職分 | | |
| | 被用者分 | | |

| 制度別 | 負担者番号 (市町村番号) | 給付 割合 | 入 院 | | | | 入 院 外 | | | |
|-----|------------------|----------|-----|-----|-----------|------|-------|----|-----|------|
| | | | 件数 | 日数 | 点 数 | 他法点数 | 件数 | 日数 | 点 数 | 他法点数 |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 返 戻 | 市町村名 | 件数 | 日数 | 点 数 | 端 数 整 理 額 | | | | | |
| | | | | | 概算額 | | | | | |
| | | | | | 過誤額 | | | | | |
| | | | | | 確定額 | | | | | |

注 医療機関は、太わく内のみ記載してください。