

年 月分 国民健康保険・後期高齢者医療診療報酬総括票

医療機関 コード番号		表別	1 医	3 歯	診療科名	歯 科
所在地	〒					
機関名	病 院 診 療 所 医 院 ク リ ニ ッ ク					
開設者名	TEL <span style="float: right;">(印)</span>					
区分	件数	点	数	請求書枚数	社 保 福 祉 医 療 費 請 求 件 数	
国保分請求	県内分	入院				
	県内分	入院外				
	県外分	入院				
		入院外				
	計					
後期分請求	県内分	入院				
	県内分	入院外				
	県外分	入院				
		入院外				
	計					
					整 理 番 号	

見 本

(注) 太線 (—) の中のみ記入してください。  
請求欄は県内分と県外分 (下記以外の保険者分) に分けて記入してください。

- (県内保険者名)
- (市部) 神 戸 姫 路 尼 崎 明 石 西 宮 洲 本 芦 屋 伊 丹 相 生 加古川 赤 穂  
西 脇 宝 塚 三 木 高 砂 川 西 小 野 三 田 加 西 加 東 たつの 宍 粟  
養 父 朝 来 丹 波 丹波篠山 淡 路 南あわじ 豊 岡
- (郡部) 猪名川 多 可 稲 美 播 磨 市 川 福 崎 神 河 太 子 上 郡 佐 用 香 美  
新温泉
- (組合) 兵庫食糧 兵庫県食品 兵庫県歯科医師 兵庫県医師 兵庫県薬剤師 兵庫県建設

審査印	受付印	事 務				摘 要 (県外保険者名)	
		上	内	外	負	(国保分)	(後期分)
		公	決	突	検		
		係 名					
		— 係					