

郵便番号 医療機関
コード

月分福岡県 国民健康保険 診療報酬総括票

後期高齢者

 保険医療機
 関の所在地
 及び名称
 開設者氏名

電話番号

○ 月おくれ及び再提出分は当月分に合算して本表に計上し毎月十日
 ○ までに提出下さい。
 ○ 障害者 乳幼児 ひとり親医療費のうち 医保分は別綴で提出下
 さい

保 険 者 号 保 番	① 国民健康保険		② 退職者医療		③ 老人保健		保 険 者 号 保 番	④ 後期高齢者医療	
	件数	点数	件数	点数	件数	点数		件数	点数
計							計		

①+②+③	件	点	総合計	件	点	1件当たり点数	点	医保 障害者・乳幼児・ひとり親医療合計	件	点
①+②+③+④										