

# 令和 年 月分 国保診療（調剤）報酬請求総括票

## 国民健康保険

## 後期高齢者医療

	保 険 者 名	件 数
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		

	保 険 者 名	件 数
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		
32		
	小 計	
	合 計	

	広 域 連 合 名	件 数
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
	小 計	
	合 計	

・各合計欄について  
総括票が2枚以上にわたる場合は、  
1枚目の合計欄に総合計を記載してく  
ださい。

特別療養費	
-------	--

・資格証明証によるレセプト枚数を記載  
してください。なお、枚数は別掲とし、  
レセプトは本体と一緒に編綴しないで  
ください。

保 険 者 数	※
---------	---

保険医療機関・保険薬局の所在地、名称及び開設者氏名

医 科 ・ 歯 科 ・ 調 剤	医療機関・ 薬局コード	
	標榜科目 <small>(歯科・調剤不要)</small>	

審査委員 検 印	
事務担当 者 検 印	