

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 (歯科・調剤不要)	

審査委員 検 印	
事務担当 者 検 印	