

入力バッチ						
県番号	決済コード	点数区分	種別コード	係コード	No.	ラスト
45	6	4	1			

請求書 枚数 ⑭	明細書 枚数 ⑮	返戻 枚数 ⑯	⑰ 枚数 ⑱



# 〔国保連合会提出〕

令和  年  月調剤分 母子・父子・寡婦・重度心身障害者医療総括票  
(社保併用)

薬局 コード		保険薬局の 所在地及び 名称、開設 者氏名	〒 (      -      )  TEL (      ) (      -      )
-----------	--	--------------------------------	---

区分	件数	点数	一部負担金
母子・ 父子等 医療	入院		
	入院外		
	計		

担当者	入力年月日	担当者	担当者
	年 月 日		

宮崎県国民健康保険団体連合会

注) 太線の枠内のみ保険薬局において記入してください。