

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	3	1			

請求書 枚 数 ⑭	明細書 枚 数 ⑮	返 戻 枚 数 ⑯



〔国保連合会提出〕

令和 年 月診療分 母子・父子等医療総括票（社保併用分）

機 関		保 険 医 療 機 関 の 所 在 地 及 び 名 称、 開 設 者 氏 名	〒 (-)
コード			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医療機関において記入してください。