

保険者番号				県番号		医療機関コード				
3	9			4	5					

表 別	
医科	1

区 分			療 養 の 給 付				食 事 療 養 ・ 生 活 療 養			
			件数	日数	点 数	一部負担金	件数	回数	金 額	標準負担額
公費 番号	請求	入院	05							
		入院外	06							
※決定		入院								
		入院外								
公費 番号	請求	入院	07							
		入院外	08							
※決定		入院								
		入院外								
公費 番号	請求	入院	09							
		入院外	10							
※決定		入院								
		入院外								
公費 番号	請求	入院	11							
		入院外	12							
※決定		入院								
		入院外								
公費 番号	請求	入院	13							
		入院外	14							
※決定		入院								
		入院外								
公費 番号	請求	入院	15							
		入院外	16							
※決定		入院								
		入院外								
公費 番号	請求	入院	17							
		入院外	18							
※決定		入院								
		入院外								

公費負担医療

注1. この用紙は、A列4番とすること。

2. ※印の欄は、記入しないこと。

3. この用紙は公費または別掲をお願いしている分等が多くて1枚に記入できない場合にコピーしてご利用下さい。

また、宮崎県国保連合会のホームページから取得することもできます。