

審査済印

後期高齢者医療 請求添付票



令和 年 月分

県内分	県外分	当月分	月遅れ分
-----	-----	-----	------

科目コード	保険医療機関	標準科	コード	保険医療機関の所在地及び名称、開設者氏名	〒 (-) TEL () (-)
-------	--------	-----	-----	----------------------	---

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		17				

受付印	受付月日
	月 日

件数	担当者	入力年月日	担当者
		年 月 日	