

後期高齢者医療 請求添付票

審査済印



令和 年 月 分

県 内 分

県 外 分

事務済印	訪問看護ステーションコード	訪問看護ステーションの所在地及び名称 開設者氏名	〒 () TEL () ()

入 力 パ 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 7				

受 付 印	受 付 月 日
	月 日

枚 数	担 当 者	入 力 年 月 日	担 当 者
		年 月 日	