



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	当月分	月遅れ分
-----	-----	-----	------

保険医療機関	標榜科	保険医療機関の所在地及び名称、開設者氏名	〒 () ()
	コード		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		3	7	B		

確 認	検 印

件 数	担当者	入 力 年 月 日	担当者
		年 月 日	