

令和 年 月分診療報酬等請求総括表

医 科

<医療機関様用>

* 太枠内のみご記入ください。

医療機関コード									
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

医療機関名称	電話番号() -
--------	-----------------

請求書枚数 (続紙は含みません)		
	国 保	後 期
県内分	枚	枚
県外分	枚	枚

紙レセプト件数	
国保合計	件
後期合計	件
総合計	件

8万点以上紙レセプト	
有	無

- * 請求書枚数は分冊の数も含めて記入して下さい。
- * 紙レセプト件数は、県外分も含めた件数を記入して下さい。
- * 紙レセプト分のみ記入して下さい。

<長崎県国民健康保険団体連合会事務作業用>

事務処理	受付	補筆	点検	決定

受付印

審査済印

高額明細書件数				
	県内分		県外分	
8万点以上 38万点未満	国	件	国	件
	後	件	後	件
38万点以上	国	件	国	件
	後	件	後	件
		件		件

明細書件数		
	国 保	後 期
県内分	件	件
県外分	件	件

備考		O							
		C							
		R							
		入							
		力							