

医科

保 険 者 番 号	県 番 号	医 療 機 関 コ ー ド
⋮ ⋮ ⋮ ⋮ ⋮	⋮	⋮ ⋮ ⋮ ⋮ ⋮ ⋮

公費負担医療(再掲)

種 別	入 外	療 養 の 給 付				食 事 療 養			
		件 数	診 療 実 日 数	点 数	一 部 負 担 金	件 数	回 数	金 額	標 準 負 担 額
	入 院				円			円	円
	入 院 外								
	入 院								
	入 院 外								
	入 院								
	入 院 外								
	入 院								
	入 院 外								
	入 院								
	入 院 外								
	入 院								
	入 院 外								
	入 院								
	入 院 外								
	入 院								
	入 院 外								
	入 院								
	入 院 外								
	入 院								
	入 院 外								

注意 「一部負担金」の項は、薬剤一部負担金を除いた金額を記載すること。