

群馬県国民健康保険団体連合会 御中

住 所
開設者
氏 名

印

光ディスク等送付書・福祉医療費（連記式）

保険医療機関等コード			
保険医療機関等名称			
点数表区分	医 科 ・ 歯 科 ・ 調 剤 ・ 訪 問		
診療（調剤）月分	平成 年 月診療（調剤）分		
提出年月日	平成 年 月 日		
媒体種類	C D - R	F D	M O
媒体枚数	枚		
備 考			

※1 本送付書は、点数表区分別に作成してください。

※2 点数表区分及び媒体種類については、該当に○を付けてください。