

平成 年 月分 国民健康保険診療報酬等過誤精算通知書

県内	県外
----	----

平成 年 月 日

群馬県国民健康保険団体連合会理事長 様

下記のとおり過誤がありましたので通知いたします。

※ 区分	
一般	退職

保 険 者 番 号					

印

区分	入 院					入 院 外					食 事 療 養			
	件数	日数	点数	一部負担金	金額	件数	日数	点数	薬剤一部負担金 一部負担金	金額	件数	日数	金額 標準負担額	食事療養費
医科														
歯科														
調剤	/										/			
柔整	/										/			
訪問看護	/										/			
合計														

注 1 高額療養費がある場合は件数・日数・金額欄の上段に（ ）で記入してください。

2 ※欄の該当箇所を○で囲んでください。