

平成 年 月分 福祉医療費過誤精算通知書

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。

| | | | | | | | |
|-----------|--|--|--|--|--|--|--|
| 市 町 村 番 号 | | | | | | | |
| | | | | | | | |

市 町 村 長 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 | 標準負担額 |
| 医 科 | | | | | | | | | | | | | |
| 歯 科 | | | | | | | | | | | | | |
| 調 剤 | / | | | | | | | | | | / | | |
| 訪 問 看 護 | / | | | | | | | | | | / | | |
| 合 計 | | | | | | | | | | | | | |