

令和 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
-----	-----

令和 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	金 額	件数	日数	金 額	食事療養費
									一 部 負 担 金				標準負担額	
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。