

令和 年 月分 福祉医療費過誤精算通知書

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。

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													