

年 月
分 特 別 医 療 費 支 給 申 請 書 総 括 表

鳥取県国民健康保険団体連合会 様

施術機関コード  

令 和 年 月 日

施術所等の所在地及び名称

開設者氏名

	国民健康保険					健康保険等					後期高齢医療					合計	
	公費 番号	件数	総金額	受給者 負担額	特別医療費 請求額	公費 番号	件数	総金額	受給者 負担額	特別医療費 請求額	公費 番号	件数	総金額	受給者 負担額	特別医療費 請求額	件数	特別医療費 請求額
請 求	81					81					81						
	82					82					82						
	83					83					83						
	84					84					84						
	85					85					85						
	87					87					87						
※ 決 定	81					81					81					※	※
	82					82					82						
	83					83					83						
	84					84					84						
	85					85					85						
	87					87					87						

提出上の注意 1 この総括表は、特別医療費支給申請書に添付して鳥取県国民健康保険団体連合会へ提出してください。

2 この総括表の※印の項は記入しないでください。

3 特別医療費支給申請書は、国民健康保険の公費番号81から87の順に、次に健康保険等の公費番号順、後期高齢医療の公費番号順にまとめて提出してください。