

月分国民健康保険診療報酬請求明細書送付書

下記内容のとおり明細書送付致します。

令和 年 月 日

鳥取県国民健康保険団体連合会 御 中

医療機関コード _____

療養取扱機関
の所在地
名 称
開設者氏名

	区 分 保険者名	件 数	摘 要	区 分 保険者名	件 数	摘 要
				合 計		
備 考				郵 送	受付者印	受付月日印
				持 参		
				託 送		