月分国民健康保険診療報酬請求明細書送付書

下記内訳のとおり明細書送付致します。　　平成　　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　　鳥取県　　市　　町
郡　　村

名　　称

開設者の氏名　　㊞

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			