

# 令和 年 月分 後期高齢者医療福祉過誤精算通知書

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 | 一部負担金 | 金額 | 件数      | 回数 | 標準負担額 |
| 医科   |     |    |    |       |    |       |    |    |       |    |         |    |       |
| 歯科   |     |    |    |       |    |       |    |    |       |    |         |    |       |
| 調剤   | /   |    |    |       |    |       |    |    |       |    | /       |    |       |
| 訪問看護 | /   |    |    |       |    |       |    |    |       |    | /       |    |       |
| 合計   |     |    |    |       |    |       |    |    |       |    |         |    |       |