

【様式A-3】

指 定 公 費 返 還 金 額 一 覧 表

点数表 : 保険種類:

医療機関コード:

医療機関等名称:

No	公費負担者番号				保険者番号				公費負担者名	入・外 区分	療養の給付		食事療養費 (返還額)	備考				
	法別	府県	番号	CD	法別	府県	番号	CD			点数	金額(返還額)						
1	4	2	1	3	6	0	1	0	-	-	-	-	-	高齢者医療制度円滑導 入基金(指定公費)	7	点	円	
2	4	2	1	3	6	0	1	0	-	-	-	-	-	高齢者医療制度円滑導 入基金(指定公費)	8	点	円	
合計												点	円	円				

内訳書の入・外区分7・8のトータルを記入してください。