

前期高齢者(70歳以上75歳未満の人) 入院分

別紙2

療養受給者 氏名				生年月日	昭和	年	月	日
				個人番号				
医療 機関名	受診種別	入院		療養期間	年 月 日			
	傷病名				~ 年 月 日			
第三者行為 の有無	交通事故・その他()	支払った金額	円	一部負担額	円			

療養受給者 氏名				生年月日	昭和	年	月	日
				個人番号				
医療 機関名	受診種別	入院		療養期間	年 月 日			
	傷病名				~ 年 月 日			
第三者行為 の有無	交通事故・その他()	支払った金額	円	一部負担額	円			

療養受給者 氏名				生年月日	昭和	年	月	日
				個人番号				
医療 機関名	受診種別	入院		療養期間	年 月 日			
	傷病名				~ 年 月 日			
第三者行為 の有無	交通事故・その他()	支払った金額	円	一部負担額	円			

療養受給者 氏名				生年月日	昭和	年	月	日
				個人番号				
医療 機関名	受診種別	入院		療養期間	年 月 日			
	傷病名				~ 年 月 日			
第三者行為 の有無	交通事故・その他()	支払った金額	円	一部負担額	円			

療養受給者 氏名				生年月日	昭和	年	月	日
				個人番号				
医療 機関名	受診種別	入院		療養期間	年 月 日			
	傷病名				~ 年 月 日			
第三者行為 の有無	交通事故・その他()	支払った金額	円	一部負担額	円			