

令和 年 月 日

岩手県国民健康保険団体連合会 御中

提出者氏名 _____

印

診療報酬請求書等提出書

下記のとおり診療報酬請求書等を提出いたします。

記

提出保険医療機関数

令和

年

月分

項番	機関コード	保険医療機関名	項番	機関コード	保険医療機関名
1			26		
2			27		
3			28		
4			29		
5			30		
6			31		
7			32		
8			33		
9			34		
10			35		
11			36		
12			37		
13			38		
14			39		
15			40		
16			41		
17			42		
18			43		
19			44		
20			45		
21			46		
22			47		
23			48		
24			49		
25			50		

受領書

受取保険医療機関数

令和 年 月分の診療報酬請求書等を受領いたしました。

岩手県国民健康保険団体連合会