

# 診療報酬請求書等提出書

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

下記のとおり令和 年 月分の診療報酬請求書等を提出いたします。

## 提出保険医療機関等数 機関

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

※この提出書は請求書等を本会へ持参する場合に限り必要となります。郵送の場合は不要です。

## 受領書

受取保険医療機関等数	
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	印