

様式1-3

国民健康保険過誤調整結果通知書 振替分

国 3

〇〇県国民健康保険団体連合会

平成 年 月 請求分

平成 年 月 日 作成 1 / 頁

医療機関コード	医療機関名	区分

保険者番号	レセプト全国共通キー	被保険者証記号	宛名番号	被保険者氏名	診療年月	コード	事由	保険	本家	割合	適用区分	高額	減免	点数表	種別	任意	割引	件数	日数/回数	点数	費用額(基準額)	保険者負担分	高額療養費	一部負担金 被保険者負担分	他公費負担分 国保優先	公費注別	備考	
保険者名	バッチ	届り順	被保険者証番号	受給者番号	性別	生年																						