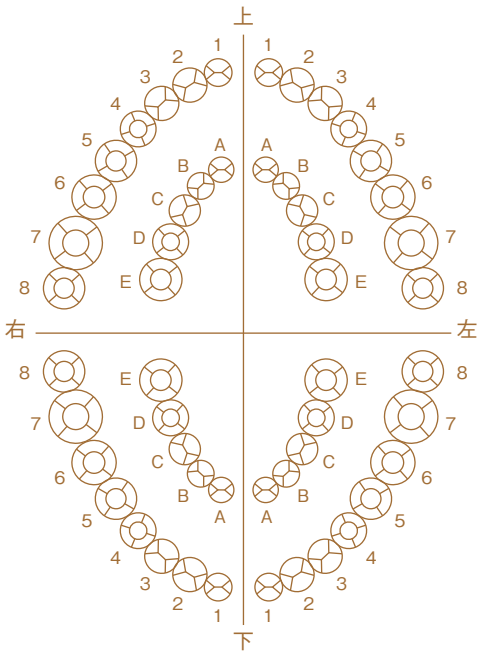


後 期 高 齢 者 診 療 録

公費負担者番号							保 険 者 番 号		3	9							
公費負担医療 の受給者番号							被保険者証		被保険者番号								
受 診 者	氏 名						有 効 期 限		令和 年 月 日								
	生年月日	明大昭	年	月	日生	男・女	発 効 期 日		平・令 年 月 日								
	資格取得	平・令 年 月 日					交 付 年 月 日		平・令 年 月 日								
	住 所						保 険 者	所 在 地									
	職 業			負担割合		名 称		後期高齢者医療広域連合									

部 位	傷 病 名	職務	開始	終了	転 帰	
— —		上・外	年 月 日	年 月 日		
— —		上・外	年 月 日	年 月 日		
— —		上・外	年 月 日	年 月 日		
— —		上・外	年 月 日	年 月 日		
— —		上・外	年 月 日	年 月 日		
— —		上・外	年 月 日	年 月 日		
— —		上・外	年 月 日	年 月 日		
— —		上・外	年 月 日	年 月 日		
— —		上・外	年 月 日	年 月 日		
— —		上・外	年 月 日	年 月 日		
— —		上・外	年 月 日	年 月 日		
— —		上・外	年 月 日	年 月 日		

〔主 訴〕その他摘要

備 考												
保険証の確認	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月

月 日	部 位	療 法 ・ 処 置	点 数	負担金徴収額
／				
／				
／				
／				
5 ／				
／				
／				
／				
／				
10 ／				
／				
／				
／				
／				
15 ／				
／				
／				
／				
／				
20 ／				
／				
／				
／				
／				
25 ／				
／				
／				