

平成 年 月分

診療報酬請求書(医科・歯科)

保 険 者

医療機関
コード

(別 記) 殿

下記のとおり請求する。

平成 年 月 日

保険医療機関の
所在地及び名称
開設者氏名

印

国民健康保険

		療 養 の 給 付				食 事 療 養 ・ 生 活 療 養			
		件 数	診療実日数	点 数	一部負担金	件 数	回 数	金 額	標準負担額
一般 (七〇歳以上 一般・低所得)	請	入院			円			円	円
	求	入院外							
	※決定	入院							
		入院外							
一般 (七〇歳以上 七割)	請	入院							
	求	入院外							
	※決定	入院							
		入院外							
一般被保険者	請	入院							
	求	入院外							
	※決定	入院							
		入院外							
一般(六歳)	請	入院							
	求	入院外							
	※決定	入院							
		入院外							
退職(本人)	請	入院							
	求	入院外							
	※決定	入院							
		入院外							
退職(被扶養者)	請	入院							
	求	入院外							
	※決定	入院							
		入院外							
退職(六歳)	請	入院							
	求	入院外							
	※決定	入院							
		入院外							

注意 ※印の欄は記入しないこと。

備考 この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。

公費負担医療

		療養の給付				食事療養・生活療養			
		件数	診療実日数	点数	一部負担金	件数	回数	金額	標準負担額 (公費分)
請求	入院				円			円	円
	入院外								
	※決定	入院							
	※決定	入院外							
請求	入院								
	入院外								
	※決定	入院							
	※決定	入院外							

備考

※高額療養費	一般被保険者	件数		退職者	件数	
		金額	円		金額	円

注意 ※印の欄は記入しないこと。

備考 この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。