

平成 年 月分

診療報酬請求書(医科・歯科)

医療機関  
コード \_\_\_\_\_

各広域連合 殿

下記のとおりに請求する。  
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

後期高齢者医療

		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
後 九 期 割 高 齢	請 求	入院			円			円	円
		入院外							
	※ 決 定	入院							
		入院外							
後 七 期 割 高 齢	請 求	入院							
		入院外							
	※ 決 定	入院							
		入院外							

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							
		入院外							
	請 求	入院							
		入院外							
	※ 決 定	入院							
		入院外							

備 考

※高額療養費	件数	
	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。