

平成 年 月分 診療報酬請求書(医科・歯科)

各広域連合 殿
下記のとおり請求する。

医療機関コード _____

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
後期 高齢 九割	請求	入院			円			円	円	
		入院外				/	/	/	/	
	決定	入院								
		入院外				/	/	/	/	
後期 高齢 七割	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。