

平成 年 月分 診療報酬請求内訳書(医科・歯科)

保険者番号

--	--	--	--	--	--	--	--

医療機関コード

保険医療機関の
名称

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								

備 考

注意 印の欄は記入しないこと。