

令和 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								
		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。