

令和 年 月分 診療報酬請求書(医科)

保険者

殿

下記のとおり請求する。

令和 年 月 日

保険医療機関の
所在地及び名称
電話番号
開設者氏名

保険者番号					県番号		医療機関コード					表別		
					1	1							医科	1

国民健康保険

			給付割	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・低所得)	請求	入院	8				円				円		円
		入院外	8										
	※決定	入院	8										
		入院外	8										
(七〇歳以上)	請求	入院	7										
		入院外	7										
	※決定	入院	7										
		入院外	7										
一般被保険者	請求	入院	7										
		入院外	7										
	※決定	入院	7										
		入院外	7										
一般(六歳)	請求	入院	8										
		入院外	8										
	※決定	入院	8										
		入院外	8										
退職(本人)	請求	入院	7										
		入院外	7										
	※決定	入院	7										
		入院外	7										
(被扶養者)	請求	入院	7										
		入院外	7										
	※決定	入院	7										
		入院外	7										
退職(六歳)	請求	入院	8										
		入院外	8										
	※決定	入院	8										
		入院外	8										

注意 ※印の欄は記入しないで下さい。

保険者番号					県番号		医療機関コード							
					1	1								

公費負担医療(再掲)

		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								
請求	入 院								
	入 院 外								
※決定	入 院								
	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で下さい。

特別療養費	件	日	点
-------	---	---	---

令和 年 月分 診療報酬請求書(医科)

保険医療機関の
所在地及び名称
電話番号
開設者氏名

殿

下記のとおり請求する。

令和 年 月 日

広域連合の番号				県番号		医療機関コード				表別		
3	9			1	1						医科	1

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
一般・後期 低所得	請求	入院								
		入院外								
	※決定	入院								
		入院外								
七 後期 高割 齢	請求	入院								
		入院外								
	※決定	入院								
		入院外								

公費負担医療(再掲)

			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									
	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

特別療養費	件	日	点
-------	---	---	---

※高額療養費	件数	
	金額	円

注意 ※印の欄は記入しないで下さい。