

令和 年 月分 診療報酬請求書(歯科・入院外)

保険者

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

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

表別	
歯科	3

国民健康保険

				給付割	件数	診療実日数	点数	一部負担金	備考
一 般	七〇歳以上	一般・低	請求	入院外	8				
			※決定	入院外	8				
		7割	請求	入院外	7				
			※決定	入院外	7				
	一般被保険者	請求	入院外	7					
			※決定	入院外	7				
		6歳	請求	入院外	8				
			※決定	入院外	8				
	退 職 者	本人	請求	入院外	7				
			※決定	入院外	7				
被扶養者		請求	入院外	7					
		※決定	入院外	7					
6歳		請求	入院外	8					
		※決定	入院外	8					

公費負担医療(再掲)

	請求	入院外				円
	※決定	入院外				
	請求	入院外				
	※決定	入院外				
	請求	入院外				
	※決定	入院外				

※高額療養費	一般被保険者	件数		円	退職者	件数	
		金額				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(歯科・入院外)

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						
3	9			1	1							

表別	
歯科	3

後期高齢者医療

		療養の給付					備考
		件数	診療実日数	点数	一部負担金		
一般・低所得 後期高齢者	請求	入院外				円	
	※決定	入院外					
七割 後期高齢者	請求	入院外					
	※決定	入院外					

公費負担医療(再掲)

		療養の給付					備考
		件数	診療実日数	点数	一部負担金		
	請求	入院外				円	
	※決定	入院外					
	請求	入院外					
	※決定	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。