

令和 年 月分 診療報酬請求書(医科・歯科)

※	N o	バ ッ チ	科	保 険 者 番 号	簿 冊
	02				

県番号		医療機関コード					
2	2						

保 険 者

殿

保険医療機関の

下記のとおり請求する。

所在地及び名称

令和 年 月 日

開設者氏名

国民健康保険

区分	療養の給付				食事療養・生活療養				備考	
	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		
01	一般 (七〇以上)	請求	入院							
			入院外							
	一般 (七〇以上 七割)	請求	入院							
			入院外							
	一般 被保険者	請求	入院							
			入院外							
一 般 (六 歳)	請求	入院								
		入院外								
67	退 職 (本 人)	請求	入院							
			入院外							
	退 職 (被 扶 養 者)	請求	入院							
			入院外							
	退 職 (六 歳)	請求	入院							
			入院外							

公費負担医療

	請求	入院						
		入院外						
	請求	入院						
		入院外						
	請求	入院						
		入院外						

※ 高額療養費	一般被保険者	件数		退職者	件数	
		金額	円		金額	円

高額長期疾病該当者

一般 件

退職 件

注意 ※印の欄は記入しないこと。公費負担医療欄は再掲すること。