

令和 年 月分 診療報酬請求書(医科・歯科)

※	No	バッチ	科	広域連合番号	簿冊
	02				

県番号		医療機関コード					
2	2						

広域連合 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

開設者氏名

印

後期高齢者医療

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	
39	後 期 高 割	請求 入院									
		入院外									
	七 後 期 高 割	請求 入院									
		入院外									

公費負担医療

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 (公費分)	
	請求	入院									
		入院外									
	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	件数	
	金額	円

高額長期疾病該当者

後期高齢

(原)

件

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。