

令和 年 月 分

診療報酬請求書（医科・歯科）

各 広域連合 殿

保険医療機関の
所在地及び名称
開設者氏名

下記のとおり請求する。

令和 年 月 日

広域連合番号					県番号	医療機関コード				

表 別	
医 科	1
歯 科	3

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・低所得 後期高齢	請求	入院			円			円	円
		入院外							
	※決定	入院							
		入院外							
七割 後期高齢	請求	入院			円			円	円
		入院外							
	※決定	入院							
		入院外							

公費負担医療

		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 (公費分)
	請求	入院			円			円	円
		入院外							
	※決定	入院							
		入院外							
	請求	入院			円			円	円
		入院外							
	※決定	入院							
		入院外							
	請求	入院			円			円	円
		入院外							
	※決定	入院							
		入院外							

備 考

※高額療養費	件数	
	金額	円

- 備考 1. この用紙は、A列4番とすること。
2. ※印の欄は、記入しないこと。