

診療報酬請求書(歯科)

令和 年 月 分

保険医療機関の
所在地、名称及び
電話番号

保険者 殿

開設者氏名



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 |
|-----------|--|--|--|-------|---------------|
| | | | | 3 5 | |

| 診療科コード | 診療科名 |
|--------|------|
| | |

国民健康保険

※旧総合病院等使用欄

| | | 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 | |
| 一般 (七〇歳以上) | 請求 | 入院 | | | 円 | | | 円 | 円 | |
| | | 入院外 | | | | | | | | |
| | ※決定 | 入院 | | | | | | | | |
| | | 入院外 | | | | | | | | |
| 一般 (七〇歳以上七割) | 請求 | 入院 | | | | | | | | |
| | | 入院外 | | | | | | | | |
| | ※決定 | 入院 | | | | | | | | |
| | | 入院外 | | | | | | | | |
| 一般 被保険者 | 請求 | 入院 | | | | | | | | |
| | | 入院外 | | | | | | | | |
| | ※決定 | 入院 | | | | | | | | |
| | | 入院外 | | | | | | | | |
| 一般 (六歳) | 請求 | 入院 | | | | | | | | |
| | | 入院外 | | | | | | | | |
| | ※決定 | 入院 | | | | | | | | |
| | | 入院外 | | | | | | | | |
| 退職 (本人) | 請求 | 入院 | | | | | | | | |
| | | 入院外 | | | | | | | | |
| | ※決定 | 入院 | | | | | | | | |
| | | 入院外 | | | | | | | | |
| 退職 (被扶養者) | 請求 | 入院 | | | | | | | | |
| | | 入院外 | | | | | | | | |
| | ※決定 | 入院 | | | | | | | | |
| | | 入院外 | | | | | | | | |
| 退職 (六歳) | 請求 | 入院 | | | | | | | | |
| | | 入院外 | | | | | | | | |
| | ※決定 | 入院 | | | | | | | | |
| | | 入院外 | | | | | | | | |

注意 ※印の欄は記入しないこと。

備考 この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。

令和 年 月 分

保険者 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 | 診 療 科 コ ー ド | 診 療 科 名 |
| | | | | 3 5 | | | |

公費負担医療

※旧総合病院等使用欄

| | | 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 | | | | | | | |
| | 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 | | | | | | | |
| | 請求 | 入院 | | | | | | | |
| | | 入院外 | | | | | | | |
| | ※決定 | 入院 | | | | | | | |
| | | 入院外 | | | | | | | |

備考

注意 ※印の欄は記入しないこと。

備考 この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。

診療報酬請求書(歯科)

令和 年 月 分

保険医療機関の
所在地、名称及び
電話番号

() 広域連合 殿

開設者氏名

印

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 | 診 療 科 コ ー ド | 診 療 科 名 |
| | 3 | 9 | | | 3 | 5 | | |

後期高齢者医療

※旧総合病院等使用欄

| | | 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 |
| 後期 九割 | 請求 | 入院 | | | 円 | | | 円 | 円 |
| | | 入院外 | | | | | | | |
| | ※決定 | 入院 | | | | | | | |
| | | 入院外 | | | | | | | |
| 後期 七割 | 請求 | 入院 | | | | | | | |
| | | 入院外 | | | | | | | |
| | ※決定 | 入院 | | | | | | | |
| | | 入院外 | | | | | | | |

公費負担医療

| | | | | | | | | | |
|--|-----|-----|--|--|--|--|--|--|--|
| | 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 | | | | | | | |
| | 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

注意 ※印の欄は記入しないこと。

備考 この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。