

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					/			

備考

注意 ※印の欄は記入しないこと。

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

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 高齢者	請求	入院			円			円	円
		入院外							
	※決定	入院							
		入院外							
後期 七割 高齢者	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。