令和　　年　　月分診療報酬総括票　（後期）

〒□□□-□□□□

標榜科名	保険医療機関の所在地・名称及び開設者氏名	医療機関コード
	TEL　　－　　－	

都道府県名＼項目	入外	後期高齢者医療						
		後期高齢　一般・低所得		後期高齢　7割		食事療養・生活療養		
		件数	点数	件数	点数	件数	金額	標準負担額
	入							
	外							
	入							
	外							
	入							
	外							
	入							
	外							
	入							
	外							
	入							
	外							
	入							
	外							
	入							
	外							
計	入							
	外							

公費番号	入院		入院外		食事療養・生活療養			公費番号	入院		入院外		食事療養・生活療養			受付印	審査済印	件数
	件数	点数	件数	点数	件数	金額	標準負担額		件数	点数	件数	点数	件数	金額	標準負担額			

注）１．各項目の総合計は、1枚目の計欄に記入すること。　　注）２．総件数を右下の「件数」欄に記入すること。