

令和 年 月分

診療報酬請求書(医科・歯科)

医療機関
コード _____

広域連合殿

下記のとおり請求する。

保険医療機関の
所在地及び名称

令和 年 月 日

開設者 氏名

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
一般後 ・期 低高 所齡 得	請求	入院				円			円	円
		入院外								
	※決定	入院								
		入院外								
後期 七期 割高 齡	請求	入院								
		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
<input type="radio"/>	請求	入院				円			円	円
		入院外								
	※決定	入院								
		入院外								
<input type="radio"/>	請求	入院								
		入院外								
	※決定	入院								
		入院外								
<input type="radio"/>	請求	入院								
		入院外								
	※決定	入院								
		入院外								
<input type="radio"/>	請求	入院								
		入院外								
	※決定	入院								
		入院外								
<input type="radio"/>	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。

※高額療養費	件 数	
	金 額	円