

平成 年 月分 診療報酬請求書(歯科・入院外)

保険者

殿

下記のとおり請求する。

平成 年 月 日

保険医療機関の
所在地及び名称
電話番号
開設者氏名

印

保険者番号					県番号		医療機関コード					表別		
					1	1							歯科	3

国民健康保険

				給付割	件数	診療実日数	点数	一部負担金	備考		
一 般	七〇歳以上	一般・低	請求	入院外	8				円		
			※決定	入院外	8						
		7割	請求	入院外	7						
			※決定	入院外	7						
	一般被保険者	請求	入院外	7							
			※決定	入院外	7						
		6歳	請求	入院外	8						
			※決定	入院外	8						
	退 職 者	本人	請求	入院外	7						
			※決定	入院外	7						
		被扶養者	請求	入院外	7						
			※決定	入院外	7						
6歳		請求	入院外	8							
		※決定	入院外	8							

公費負担医療(再掲)

	請求	入院外					円	
	※決定	入院外						
	請求	入院外						
	※決定	入院外						
	請求	入院外						
	※決定	入院外						

※高額療養費	一般被保険者	件数	円	退職者	件数
		金額			金額

注意 ※印の欄は記入しないで下さい。

特別療養費	件	日	点
-------	---	---	---

平成 年 月分 診療報酬請求書(歯科・入院外)

保険医療機関の
所在地及び名称
電話番号
開設者氏名

殿

下記のとおり請求する。

平成 年 月 日

㊟

広域連合の番号				県番号		医療機関コード				表別		
3	9			1	1						歯科	3

後期高齢者医療

			療養の給付				
			件数	診療実日数	点数	一部負担金	備考
九 後 期 高 齢 割	請求	入院外					円
	※決定	入院外					
七 後 期 高 齢 割	請求	入院外					
	※決定	入院外					

公費負担医療(再掲)

			療養の給付				
			件数	診療実日数	点数	一部負担金	備考
	請求	入院外					円
	※決定	入院外					
	請求	入院外					
	※決定	入院外					

備考

特別療養費	件	日	点
-------	---	---	---

※高額療養費	件数	
	金額	円

注意 ※印の欄は記入しないで下さい。