

平成 年 月分

診療報酬請求書(医科・歯科)

※	N o	バ ッ チ	科	広 域 連 合 番 号	簿 冊
	02				

県番号		医療機関コード					
2	2						

広域連合 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

開設者氏名

印

後期高齢者医療

区分	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	
39 後期 高齢 割 請求	入院			円			円	円	
	入院外				/	/	/	/	
後期 高齢 割 請求	入院								
	入院外				/	/	/	/	

公費負担医療

区分	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 (公費分)	
請求	入院			円			円	円	
	入院外				/	/	/	/	
請求	入院								
	入院外				/	/	/	/	
請求	入院								
	入院外				/	/	/	/	
請求	入院								
	入院外				/	/	/	/	

※高額療養費	件数	
	金額	円

高額長期疾病該当者

後期高齢

(原)

件

件

注意 ※印の欄は記入しないこと。公費負担医療欄は再掲すること。