

平成 年 月 分 診療報酬請求書 ( 歯科 )

保 険 者

後期高齢者医療広域連合様

保険医療機関の  
所在地及び名称  
電 話 番 号  
開 設 者 氏 名

下記のとおり請求する。

印

平成 年 月 日

保 険 者 番 号				県番号	医 療 機 関 コ ー ド				表別
3	9			1	0				3

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
後 九 期 割 高 齢	請 求	入院								
		入院外								
	※ 決 定	入院								
		入院外								
後 七 期 割 高 齢	請 求	入院								
		入院外								
	※ 決 定	入院								
		入院外								

公費負担医療 (再掲)

			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
	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 1 「※決定」欄は記載しないでください。