

平成 年 月 分 診療報酬請求書 (歯科)

保険者

様

保険医療機関の
所在地及び名称
電話番号
開設者氏名

印

下記のとおり請求する。

平成 年 月 日

保険者番号	県番号	医療機関コード	表別
	10		3

区分	療 養 の 給 付						食 事 療 養 ・ 生 活 療 養				
	件 数	公費分件数 (再掲)	福祉分件数 (再掲)	日 数	点 数	一 部 負 担 金	件 数	回 数	金 額	標 準 負 担 額	
国 民 健 康 保 険 者	本人	請求①	入院								
		※決定	入院 入院外								
保 険 者	七〇歳以上	請求②	入院								
		※決定	入院 入院外								
保 険 者	七〇歳以上	請求③	入院								
		※決定	入院 入院外								
保 険 者	被扶養者	請求④	入院								
		※決定	入院 入院外								
保 険 者	六 歳	請求⑤	入院								
		※決定	入院 入院外								

注 1 「※決定」欄は記載しないでください。

注 2 公費分件数欄は公費負担医療費の件数を、福祉分件数欄は福祉医療費の件数を再掲してください。

退

職