

# 後期高齢者医療診療報酬請求書（医科・歯科）

平成 年 月 日

保険医療機関の所在地

各広域連合 様

名 称

下記のとおり請求する。

開設者氏名

保 険 者 番 号	県番号	医 療 機 関 コ ー ド
39	28	

印

平成 年 月 日

請 求 区 分	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	
九 後 期 高 齢 割	請求	入 院			円			円	円
		入 院 外							
	※決定	入 院							
		入 院 外							
七 後 期 高 齢 割	請求	入 院							
		入 院 外							
	※決定	入 院							
		入 院 外							

請 求 区 分	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 (公費分)	
公 費 負 担 医 療	請求	入 院			円			円	円
		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

備考 1 この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。  
 2 表については、太線の表のみ記入してください。

※高額療養費	件数	
	金額	円