

平成 年 月分 診療報酬請求書 (府内・歯科)

医療機関コード

保険者名 市町村
国保組合 殿

保険者番号

保険医療機関の

大阪市は274001と記入
堺市は275008と記入

下記のとおり請求する。

所在地及び名称

開設者氏名

印

平成 年 月 日

電 話

区 分	療養の給付			食事療養・生活療養			備 考		
	件数	点数	一部負担金	件数	金額	標準負担額			
入 院 退職者医療	公費との併用		10						
	単 独 分	6 歳 8割	11						
		一 般	割	12					
			7割	13					
	公費との併用		14						
	入 院 国民健康保険	単 独 分	6 歳 8割	15					
70 歳以上			一割	16					
			7割	17					
一 般		割	18						
		7割	19						
公費との併用		20							
入 院 外 国民健康保険	単 独 分	6 歳 8割	21						
		一 般	割	22					
			7割	23					
	公費との併用		24						
	単 独 分	70 歳以上	一割	26					
			7割	27					
一 般		割	28						
		7割	29						
合 計		90							
決 定		90							

免	件
他	件

免は免除証明書該当件数、他は他府県公費所持者件数を記入願います。

注 ※印は記入しないでください。