

〔他府県用〕 平成 年 月 分 診療報酬請求書 (歯科)

保険者

都道府県

市町村 殿
国保組合

所在地
開設者氏名
電話番号

所在地
開設者氏名
電話番号

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	歯科	3
.....	2 7			

国民健康保険

			療養の給付				食事療養・生活療養			
			件数	日数	点数	一部負担金	件数	回数	金額	標準負担額
一般(七〇歳以上)	請求	入院				円			円	円
		入院外								
※決定	入院	入院								
		入院外								
一般(七〇歳以上)	請求	入院				円			円	円
		入院外								
※決定	入院	入院								
		入院外								
一般(七〇歳以上)	請求	入院				円			円	円
		入院外								
※決定	入院	入院								
		入院外								
一般(七〇歳以上)	請求	入院				円			円	円
		入院外								
※決定	入院	入院								
		入院外								
退職(本人)	請求	入院				円			円	円
		入院外								
※決定	入院	入院								
		入院外								
退職(本人)	請求	入院				円			円	円
		入院外								
※決定	入院	入院								
		入院外								
退職(本人)	請求	入院				円			円	円
		入院外								
※決定	入院	入院								
		入院外								
退職(本人)	請求	入院				円			円	円
		入院外								
※決定	入院	入院								
		入院外								
公費負担医療	請求	入院				円			円	円
		入院外								
※決定	入院	入院								
		入院外								

免 件

免は免除証明書該当件数を記入願います。

高額療養費

一般被保険者	件数		退職者	件数	
	金額	円		金額	円

注意 ※印の欄は記入しないこと。