

〔他府県用〕 平成 年 月分 診療報酬請求書(歯科)

所在地
 殿 保険医療機関 名称
 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			

後期高齢者医療

			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
九割 後期高齢	請求	入院				円			円	円
		入院外								
	※決定	入院								
		入院外								
七割 後期高齢	請求	入院				円			円	円
		入院外								
	※決定	入院								
		入院外								

公費負担医療

			件数	日数	点数	一部負担金	件数	回数	金額	標準負担額 (公費分)
	請求	入院				円			円	円
		入院外								
	※決定	入院								
		入院外								
	請求	入院				円			円	円
		入院外								
	※決定	入院								
		入院外								

備考

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	件数	
	金額	円

注意 ※印の欄は記入しないこと。