

平成 年 月 分

診療報酬請求書（医科・歯科）

各 広域連合 殿

保険医療機関の  
所在地及び名称  
開設者氏名

印

下記のとおり請求する。

平成 年 月 日

広域連合番号				県番号	医療機関コード			

表 別	
医 科	1
歯 科	3

後期高齢者医療

		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							

公費負担医療

		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)
	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							
	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

※高額療養費	件数	
	金額	円

注意 ※印の欄は記入しないこと。

備考 この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。