

平成 年 月分

診療報酬請求書

保険者番号		医療機関コード		表別	給付割合
保険者名		保険医療機関の所在地及び名称		歯科	7 8
平成 年 月 日	下記の通り請求する。	開設者氏名		印	3 9 10

区分	療養の給付					食事療養・生活療養				
	件数	診療実日数	点数	薬剤一部負担金	一部負担金	件数	日数/回数	金額	標準負担額	
国民健康保険	一般	入院								
		入院外								
	七割以上	入院								
		入院外								
	一般被保険者	入院								
		入院外								
	六歳未満	入院								
		入院外								
	一般公費負担医療	入院								長期高額療養費件数
		入院外								
	国民負担医療	入院								
		入院外								
健康保険	本人	入院								
		入院外								
	七割以上	入院								
		入院外								
	七割以上	入院								
		入院外								
	被扶養者	入院								
		入院外								
	六歳未満	入院								
		入院外								
	退職者公費負担医療	入院								長期高額療養費件数
		入院外								
退職者負担医療	入院									
	入院外									

(注意) 1. 国保一般被保険者分について、請求書は給付割合別に作成してください。
 2. 給付割合欄は該当箇所(数字)を で囲んで下さい。