

平成 年 月分

診療報酬請求書

広域連合番号	3	9						医療機関コード		表別
広域連合	殿							保険医療機関の所在地及び名称		歯科
平成 年 月 日	下記の通り請求する。								印	3

区分	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	日数/回数	金額	標準負担額
後期高齢者 九割	入院			円			円	円
	入院外			円				
後期高齢者 七割	入院			円			円	円
	入院外			円				
後期高齢者医療 公費負担医療	入院			円			長期高額療養費件数	
	入院外			円				
	入院			円				
	入院外			円				
	入院			円				
	入院外			円				
	入院			円				
	入院外			円				

備考

1. 請求書は各都道府県単位で作成してください。
2. 公費負担医療欄については、制度毎に記載して下さい。(再掲)