

診療報酬請求書(歯科)

平成 年 月 分

保険者コード

県番号

08

医療機関

コード

保険者 殿

下記のとおり請求する。

保険医療機関の

所在地及び名称

平成 年 月 日

電話番号

開設者氏名



国民健康保険

		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
一般 (一般・低所得)	請求	入院			円			円	円
		入院外							
	※決定	入院							
		入院外							
一般 (七〇歳以上)	請求	入院							
		入院外							
	※決定	入院							
		入院外							
一般被保険者	請求	入院							
		入院外							
	※決定	入院							
		入院外							
一般(六歳)	請求	入院							
		入院外							
	※決定	入院							
		入院外							
退職(本人)	請求	入院							
		入院外							
	※決定	入院							
		入院外							
退職(被扶養者)	請求	入院							
		入院外							
	※決定	入院							
		入院外							
退職(六歳)	請求	入院							
		入院外							
	※決定	入院							
		入院外							

備考 1. ※の欄は記入しないこと。
2. この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。