



国保・後期（歯科）：他府県分

平成 年 月分 診療報酬請求書兼総括表

市町村長 国保組合理事長 後期高齢者医療広域連合長 様 下記のとおり請求する。

Table with 3 columns: 仕区分分, 点数表 (value: 3), 医療機関コード. Includes fields for 保険医療機関の所在地, 名称, 開設者氏名, 電話番号, and a stamp (印).

Main table with columns: 区分, 件数, 点数, 一部負担金, 診療日数. Rows include categories like 一般(公費含む), 退職(公費含む), and a total row.

Table for 後期高齢者 with columns for 9割 and 7割, and a total row.

Table with columns: 区分, 件数, 点数. Includes rows for 一部負担金減額・免除・猶予(再掲) and 特別療養費 (資) ※1.

受付印 (Receipt Stamp) box

記載上の留意事項

- 1. 太線枠内のみ記入してください。
2. ※1の特別療養費 (資) 欄→レセプト上部余白に「特別療養費」と朱記し、上記集計には含まず件数・点数を記載し、総括表の下に綴じてください。
3. 「一部負担金」欄→レセプトの「一部負担金額」の項の合計を記載してください。
4. レセプトの綴じ方は、他府県用診療報酬請求書ごとの保険者番号順にしてご提出ください。