

# 平成 年 月 分 診療報酬請求書



保険者

広域連合 殿

保険医療機関の  
所在地及び名称  
電話番号  
開設者氏名

印

下記のとおり請求する。

平成 年 月 日

歯科

広域連合番号						県番号		医療機関コード					
3	9					0	7						

後期高齢者医療

種別	入外	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
後期高齢 (9割)	入院				円			円	円
	入院外								
後期高齢 (7割)	入院								
	入院外								

公費負担医療(再掲)

		療養の給付				食事療養・生活療養			
	入外	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
	入院								
	入院外								
	入院								
	入院外								
	入院								
	入院外								
	入院								
	入院外								
	入院								
	入院外								
	入院								
	入院外								
	入院								
	入院外								

※ 高額療養費	件数	
	金額	円

注)※印の欄は記入しないこと。