

平成 年 月分 診療報酬請求内訳書(歯科)

保険者番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

医療機関コード

保険医療機関の
名称

			件数	診療 実日数	点 数	一部負担金	備 考
後期 高齢者 医療	後期高齢9割	請求					
		決定					
	後期高齢7割	請求					
		決定					

備 考

注意 印の欄は記入しないこと。