

保険者  
県

保険医療機関の  
所在地及び名称  
電話番号  
開設者氏名

印

下記の通り請求する。

平成 年 月 日

保険者番号				県番号		医療機関コード				表 別	
3	9			4	5					歯科	3

区分	療養の給付				食事療養・生活療養						
	件数	日数	点数	一部負担金	件数	回数	金額	標準負担額			
後期高齢者医療	九割	請求	入院	01							
			入院外	02							
	※決定	入院									
		入院外									
	七割	請求	入院	03							
			入院外	04							
※決定	入院										
	入院外										

様式第八

区分	療養の給付				食事療養・生活療養						
	件数	日数	点数	一部負担金	件数	回数	金額	標準負担額			
公費負担医療	公費番号	請求	入院	05							
			入院外	06							
	※決定	入院									
		入院外									
	公費番号	請求	入院	07							
			入院外	08							
	※決定	入院									
		入院外									
	公費番号	請求	入院	09							
			入院外	10							
	※決定	入院									
		入院外									
公費番号	請求	入院	11								
		入院外	12								
※決定	入院										
	入院外										

備考

※高額療養費	件数	
	金額	円

注1. この用紙は、A列4番とすること。  
注2. ※印の欄は、記入しないこと。