

平成 年 月分 診療報酬請求書（医科・歯科）

各広域連合 殿

保険医療機関の
所在地及び名称
開設者氏名

印

下記のとおり請求する。

平成 年 月 日

様式番号	保険者番号	県番号	医療機関コード
51	38	

後期高齢者医療

区分			コード	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	後期高齢九割	入院	請求	03								
			決定									
	入院外	請求	04									
		決定										
	後期高齢七割	入院	請求	11								
			決定									
入院外		請求	12									
		決定										

様式第八

区分			コード	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	後期高齢	入院	請求	63								
			決定									
	入院外	請求	64									
		決定										

備考

1. 決定欄には記入しないこと
2. 請求欄は、各区分ごとに入院・入院外別に集計して下さい。
3. 月遅れの老人保健分を請求する場合、後期高齢者医療請求書を利用して、請求先保険者名の訂正と、保険者番号を右詰で6桁記入して下さい。