

平成 年 月分 診療報酬請求書 (歯 科)

保険医療機関の

所在地及び名称

開設者氏名

電話番号

印

各広域連合 殿

下記のとおり請求する。

平成 年 月 日

後期高齢者医療都道府県番号			
3	9		

県番号	表別	医療機関コード	科目
24	3		

			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
1	請求	入院				円			円	円
		入院外								
	※決定	入院								
		入院外								
2	請求	入院								
		入院外								
	※決定	入院								
		入院外								
合 計	請求	入院								
		入院外								
	※決定	入院								
		入院外								

公費負担医療

			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 (公費分)
	請求	入院				円			円	円
		入院外								
	※決定	入院								
		入院外								
	請求	入院								
		入院外								
	※決定	入院								
		入院外								
	請求	入院								
		入院外								
	※決定	入院								
		入院外								
	請求	入院								
		入院外								
	※決定	入院								
		入院外								

備考	
----	--

※高額療養費	件数	件
	金額	円