様式第八

平成　　年　　月分　診療報酬請求書（医科・歯科）

3	9		

医療機関コード

広域連合　殿

下記のとおり請求する。

平成　　年　　月　　日

保険医療機関の所在地及び名称
開設者氏名

印

後期高齢者医療

			行No.	療養の給付 件数	療養の給付 診療実日数	療養の給付 点数	療養の給付 一部負担金	食事療養・生活療養 件数	食事療養・生活療養 回数	食事療養・生活療養 金額	食事療養・生活療養 標準負担額
後期高齢9割	請求	入院	31				円			円	円
		入院外	32								
	※決定	入院									
		入院外									
後期高齢7割	請求	入院	33								
		入院外	34								
	※決定	入院									
		入院外									

公費・福祉負担医療

			行No.	療養の給付 件数	療養の給付 診療実日数	療養の給付 点数	療養の給付 一部負担金	食事療養・生活療養 件数	食事療養・生活療養 回数	食事療養・生活療養 金額	食事療養・生活療養 標準負担額
	請求	入院	35				円			円	円
		入院外	36								
	※決定	入院									
		入院外									

備　考

※高額療養費	件数	
	金額	円

注意 ※印の欄は記入しないこと。

備考　この用紙は、日本工業規格Ａ列４番とすること。