

平成 年 月 分 診療報酬請求書（歯科）

保険者

様

保険医療機関の
所在地及び名称
電話番号
開設者氏名

印

下記のとおり請求する。

平成 年 月 日

保険者番号	県番号	医療機関コード	表別
	10		3

区分	療 養 の 給 付						食 事 療 養 ・ 生 活 療 養			
	件数	公費分件数 (再掲)	福祉分件数 (再掲)	日数	点数	一部負担金	件数	回数	金額	標準負担額
国民健康保険	七〇歳以上一般・低所得 請求①	入院 入院外								
	※決定	入院 入院外								
健康保険	七〇歳以上七割	請求②	入院 入院外							
	※決定	入院 入院外								
一般被保険者	被保険者七割	請求③	入院 入院外							
	※決定	入院 入院外								
被保険者	被保険者割	請求④	入院 入院外							
	※決定	入院 入院外								
六歳	請求⑤	入院 入院外								
	※決定	入院 入院外								

注 1 「※決定」欄は記載しないでください。
2 公費分件数欄は公費負担医療費の件数を、福祉分件数欄は福祉医療費の件数を再掲してください。