

診療報酬請求書(歯科)

平成 年 月 分

県番号  
08

医療機関  
コード

保険者

後期高齢者医療広域連合 殿  
下記のとおり請求する。

保険医療機関の  
所在地及び名称  
電話番号  
開設者氏名

平成 年 月 日

印

後期高齢者医療

	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	
後 九 割 高 齢	請求	入院			円			円	円
		入院外				/	/	/	/
	※決定	入院							
		入院外				/	/	/	/
後 七 割 高 齢	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	
	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

--

区分	返	件数	日数	点数	一部負担金	食事 件数	食事 回数	金額	標準負担額	増 減	点数
※後期高齢者 9割	返										
※後期高齢者 7割	戻										

注意 ※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。