

平成 年 月分

診療報酬請求書(医科・歯科)

保険者 

--	--	--	--	--

都道府県番号 40

医療機関コード

(別 記) 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  
電話番号  
開設者氏名

国民健康保険



			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
一般 (七〇歳以上一般 ・低所得)	請求	⑦ 入院				円			円	円
		⑧ 入院外								
	※決定	⑦ 入院								
		⑧ 入院外								
一般 (七〇歳以上七割)	請求	⑨ 入院								
		⑩ 入院外								
	※決定	⑨ 入院								
		⑩ 入院外								
一般被保険者	請求	入院								
		入院外								
	※決定	入院								
		入院外								
一般 (六歳)	請求	③ 入院								
		④ 入院外								
	※決定	③ 入院								
		④ 入院外								
⑥7 退職者 (本人)	請求	① 入院								
		② 入院外								
	※決定	① 入院								
		② 入院外								
⑥7 退職者 (七〇歳以上九割)	請求	⑦ 入院								
		⑧ 入院外								
	※決定	⑦ 入院								
		⑧ 入院外								
⑥7 退職者 (七〇歳以上七割)	請求	⑨ 入院								
		⑩ 入院外								
	※決定	⑨ 入院								
		⑩ 入院外								
⑥7 退職者 (被扶養者)	請求	⑤ 入院								
		⑥ 入院外								
	※決定	⑤ 入院								
		⑥ 入院外								
⑥7 退職者 (六歳)	請求	③ 入院								
		④ 入院外								
	※決定	③ 入院								
		④ 入院外								

注意 ※印の欄は記入しないこと。