

令和 年 月 分

診療報酬請求書 (歯科)

保険者

殿

保険医療機関の
所在地及び名称
開設者氏名

下記のとおり請求する。

令和 年 月 日

国民健康保険

保険者番号					県番	医療機関コード					表別
					04						3

	療養の給付				食事療養・生活療養			
	件数 件	診療実日数 日	点数 点	一部負担金 円	件数 件	回数 回	金額 円	標準負担額 円
国民健康保険	70歳以上 一般・低所得 8割	入						
		外						
	70歳以上 7割	入						
		外						
	7割	入						
		外						
	6歳	入						
		外						
	割	入						
		外						
公費負担医療 (再掲)		入						
		外						
		入						
		外						
		入						
		外						
		入						
		外						
		入						
		外						
		入						
		外						
		入						
		外						

備考

※高額療養費	一般保険者	件数 金額	円	退職者	件数 金額	円
--------	-------	----------	---	-----	----------	---

注意 ※印の欄は記入しないこと。

令和 年 月分

診療報酬請求書 (歯科)

広域連合 殿

保険医療機関の
所在地及び名称
開設者氏名

下記のとおり請求する。

令和 年 月 日

			保険者番号				県番号	医療機関コード				表別
後期高齢者医療							04					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		
九割	請求	入院										
		入院外										
	※決定	入院										
		入院外										
八割	請求	入院										
		入院外										
	※決定	入院										
		入院外										
七割	請求	入院										
		入院外										
	※決定	入院										
		入院外										

公費負担医療(再掲)

			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

※高額療養費	件数	
	金額	円

注意 ※印の欄は記入しないこと。