

平成 年 月分 診療報酬請求書(医科・歯科 入院外)

保険医療機関の所在地及び名称・開設者氏名・電話番号

保険者 ()殿

印

下記のとおり請求する。

平成 年 月 日

保険者番号					県番号		総合病院診療科() 医療機関コード				
					2	0					

	入 外	療 養 の 給 付				備 考
		件 数	診療実日数	点 数	一部負担金	
国民健康保険	(25-8) 一般被保険者 (70歳以上一般・低所得)	請求	外 2			
		※決定	外 2			
	(25-7) 一般被保険者 (70歳以上7割)	請求	外 2			
		※決定	外 2			
	(25) 一般被保険者	請求	外 2			
		※決定	外 2			
	(25-5) 一般被保険者 (6歳)	請求	外 2			
		※決定	外 2			
	退職者	(67-3) 本人	請求	外 2		
			※決定	外 2		
		(67-4) 被扶養者	請求	外 2		
			※決定	外 2		
(67-5) 6歳		請求	外 2			
		※決定	外 2			

様式第六の二

注意 ※印の欄は、記入しないこと

公費負担医療	○	請求	外 2			
		※決定	外 2			
	○	請求	外 2			
		※決定	外 2			
	○	請求	外 2			
		※決定	外 2			
	○	請求	外 2			
		※決定	外 2			
	○	請求	外 2			
		※決定	外 2			

※高額療養費 一般被保険者	件数		退職者	件数	
	金額	円		金額	円