

平成 年 月 診療報酬請求書総括表

保険者名		1	2	3	4	5	6	合 計	
区 分	件数	点数	件数	点数	件数	点数	件数	点数	件数 点数
	70歳未満所得	入							
	70歳割	入							
	一般被保険者	入							
	一般	入							
	一6歳	入							
	退職本人	入							
国民健康保険		入							
退職者		入							
被扶養者		入							
退職6歳未満		入							
総 合 計		件数	件	点数	点				件
特別徴収額									

都道府県名		1	2	3	4	5	6	合 計	
区 分	件数	点数	件数	点数	件数	点数	件数	点数	件数 点数
	入								
	9割外								
後期高齢者		入							
7割外									
総 合 計		件数	件	点数	点				件
特別徴収額									

医療機関コード _____
保険医療機関等の
所在地及び名称

医・歯・調・看

受付番号 _____

③県内分と県外分は用紙を別にして下さい。

合計及び総合計も県内分・県外分ごとに記入して下さい。

ただし、次の保険者は県内保険者分の次に記入して下さい。

全国土木建築(133033)、中央建設(133264)、全国建設工事業(133298)

④請求書は、毎月10日(必着のこと)までに下記あて送付して下さい。

〒420-8568 静岡県美区春日2丁目4番34号 静岡県国保会館

静岡県国民健康保険団体連合会

電話 054-253-5540(医科・歯科) 054-253-5541(調剤・訪問看護)
FAX 054-253-5543(医科・歯科) 054-253-5542(調剤・訪問看護)

平成 年 月 分

診療報酬請求書(医科・歯科)

※	N o	バ ッ チ	科	保 険 者 番 号	簿 冊
	02				

県番号	医療機関コード					
2 2						

保 険 者

殿

保険医療機関の

下記のとおり請求する。

所在地及び名称

平成 年 月 日

開設者氏名

印

国民健康保険

区分			療養の給付				食事療養・生活療養				備考
			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	
01	一般(七〇以上)	請求	入 院			円			円	円	
			入院外								
	一般(七〇以上)	請求	入 院								
			入院外								
	一般被保険者	請求	入 院								
			入院外								
	一般(六歳)	請求	入 院								
			入院外								
67	退職(本人)	請求	入 院								
			入院外								
	退職(被扶養者)	請求	入 院								
			入院外								
	退職(六歳)	請求	入 院								
			入院外								

公費負担医療

	請求	入 院								
		入院外								
	請求	入 院								
		入院外								
	請求	入 院								
		入院外								

※ 高額療養費	一般被保険者	件数		退 費 金	件数	
		金額	円		金額	円

高額長期疾病該当者

一般 件

退職 件

注意 ※印の欄は記入しないこと。公費負担医療欄は再掲すること。

平成 年 月分

診療報酬請求書(医科・歯科)

※	No	バッチ	科	広域連合番号	簿冊
	02				

県番号	医療機関コード
2 2	

広域連合 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

開設者氏名

印

後期高齢者医療

区分			療養の給付				食事療養・生活療養				備考
			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	
39	後期 高齢 割	請求 入院				円			円	円	
		入院外									
	七 後期 高齢 割	請求 入院									
		入院外									

公費負担医療

区分			療養の給付				食事療養・生活療養				標準負担額 (公費分)
			件数	診療 実日数	点数	一部負担金	件数	回数	金額		
	請求	入院				円			円	円	
		入院外									
	請求	入院									
		入院外									
	請求	入院									
		入院外									
	請求	入院									
		入院外									

※高額療養費	件数	
	金額	円

高額長期疾病該当者

後期高齢

(原)

件

件

注意 ※印の欄は記入しないこと。公費負担医療欄は再掲すること。

○診療報酬明細書
(医科入院)都道府県 医療機関コード
県番号

平成 年 月 分

1 1 社・国 医 科	3 後 期 2 公 費 4 過 期	1 単 独 2 2 併 3 3 併	1 本 入 2 6 入 3 5 入	7 高入 8 高入 9 高入
----------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	----------------------

公費負担番号①		公費負担 医療の受 給番号①	
公費負担 番号②		公費負担 医療の受 給番号②	

保険者 番号		給付割合	1098 7()
-----------	--	------	--------------

被保険者証・被保険者
手帳等の記号・番号

区分	精神	神経	疾患	特記事項
氏名				
年齢	1男 2女	1男 2女	3短 4平	
職上の事由	1 職務上	2 下船後3月以内	3 通勤災害	

保険医
医療機関
の所在
地及び
名称

備 考	(1)	(2)	(3)	診療 開始 日	年	月	日	診療 終了 日	年	月	日	診療 中止 日	年	月	日	診療 再開 日	年	月	日
--------	-----	-----	-----	---------------	---	---	---	---------------	---	---	---	---------------	---	---	---	---------------	---	---	---

11 初診	時間外・休日・深夜	回	点	公費負担額
13 処方箋				
14 往診				
20 投薬	21 内服 22 外用 23 外用 24 外用 25 外用 26 外用 27 外用	単位 単位 単位 単位 単位 単位 単位		
30 注射	31 皮下 32 筋肉 33 その他	回 回 回		
40 処置				
50 手術				
60 検査				
70 画像診断				
80 その他				
90 入院	入院年月日	年	月	日
	91 入院基本料・加算	×	日間 日間 日間 日間	点
	92 特定入院料・その他			

7 高次医療費	円	公費負担点	点
7 高次医療費	円	公費負担点	点
7 高次医療費	円	公費負担点	点
7 高次医療費	円	公費負担点	点

保険 費の 給付	請求 点	決定 点	負担金額	円	請求 点	決定 点	負担金額	円
			療養費(円)先払・支払済み	円				円
			療養費①公費②	円				円
			療養費①公費②	円				円

備考 1. この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。

2. 来印の間は、記入しないこと。

1	1 社、國	3 後期	1 學級	2 本外	8 高外一
區科	2 公費	4 退職	2 2 併	4 大外	
			3 8 併	6 家外	0 高外7

保險者
番 号

被保険者証・被保険者
手帳等の記号・番号

樣式第二(三)

[illegible]

戶 主						特 記 事 項
	1男 2女	1男 2女	3曜	4平	生	

保険區
夜振間
の所在
地及び
名 称

感傷上の事由 1 喪葬上 2 下葬後3月以内 3 通勤災害

[illegible]

11	初診	時間外・休日・深夜		点	公費分点取
12 再診	再外來 時加算 診減 休預 暇外 日自 夜	× × × ×	國 國 國 回 回		
13	医学管理				
14 在宅 電	他校診療 療・麻 在宅患者訪問診療 そのの他 薬剤		国 回 回 回 回		
20 投薬	21 内服薬調剤 22 屯服薬調剤 23 外用薬調剤 25 処方毒薬 26 麻酔薬 27 調剤	薬剤師 × × ×	単位 箇 単位 箇 箇 箇 箇		
30 注射	31 皮下注射 32 筋肉内注射 33 その他		回 箇 箇 箇		
40 処方箋	薬 剤				
50 手術療法	薬 剤		箇		
60 検査	薬 剤		箇		
70 問診	薬 剤		箇		
80 その他	処方せん 薬 剤		箇		

[illegible]

備考 1. この用紙は、日本工業規格A判4番とすること。
2. 捺印の際は、記入しないこと。