

平成15年10月 分 診療報酬請求書（医科・歯科）

医療機関コード

保 険 者

（別 記）殿

その他のレセ

下記のとおりに請求する。

保険医療機関の
所在地及び名称

開設者氏名

印

平成15年11月10日

国民健康保険

区 分		療 養 の 給 付				食 事 療 養			
		件数	診 療 実 日 数	点数	一部負担金	件数	日数	金額	標準負担額
(七〇以上九〇)	請求	入院			円			円	円
	※決定	入院外							
	請求	入院							
	※決定	入院外							
(七〇以上八〇)	請求	入院							
	※決定	入院外							
	請求	入院							
	※決定	入院外							
(七割)	請求	入院							
	※決定	入院外	1	1	270				
	請求	入院							
	※決定	入院外							
(八割)	請求	入院							
	※決定	入院外							
	請求	入院							
	※決定	入院外							
(九割)	請求	入院							
	※決定	入院外							
	請求	入院							
	※決定	入院外							
(十割)	請求	入院							
	※決定	入院外							
	請求	入院							
	※決定	入院外							
(三歳未満)	請求	入院							
	※決定	入院外							
	請求	入院							
	※決定	入院外							
退職(本人)	請求	入院							
	※決定	入院外							
	請求	入院							
	※決定	入院外							
(七〇歳以上九〇)	請求	入院							
	※決定	入院外							
	請求	入院							
	※決定	入院外							
(七〇歳以上八〇)	請求	入院							
	※決定	入院外							
	請求	入院							
	※決定	入院外							
(被扶養者)	請求	入院							
	※決定	入院外							
	請求	入院							
	※決定	入院外							
(三歳未満)	請求	入院							
	※決定	入院外							
	請求	入院							
	※決定	入院外							

注意 ※印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。

医療機関コード

その他のレセ

老人保健

区 分		療 養 の 給 付				食 事 療 養			
		件数	診 療 実日数	点数	一部負担金	件数	日数	金額	標準負担額
老人九割	請求	入院			円			円	円
		入院外							
	※決定	入院							
		入院外							
老人八割	請求	入院							
		入院外							
	※決定	入院							
		入院外							

公費負担医療

区 分		療 養 の 給 付				食 事 療 養			
		件数	診 療 実日数	点数	一部負担金	件数	日数	金額	標準負担額 (公費分)
180 マル障	請求	入院			円			円	円
		入院外	1	1	270				
	※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	一般被保険者	件数		退職者	件数	
		金額	円		金額	円

注意 ※印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。

平成15年10月分 診療報酬請求書 (府内・医科)

採択 1

保険者名	大阪府	市町村 国保組合	殿
保険者番号	2	7	3 0 1 1

医療機関コード

保健医療機関の

所在地及び名称

開設者氏名

電話

下記のとおり請求する。

※大阪市は274001と記入

平成15年11月10日

区 分				療 養 の 給 付				食 事 療 養			備 考
				件数	点 数	薬剤一部 負担金	一 部 負担金	件数	金 額	標準 負担額	
入 院	老人保健	9割	11								①原 件
		8割	12								①原 件
	退職者医療 単独分	公費との併用		20							
		3歳未満	8割	22							
			9割	23							
		70歳以上	8割	24							
			8割	25							
		一 般	7割	26							
	国民健康保険 単独分	公費との併用		30							
		3歳未満	8割	32							
			9割	33							
		70歳以上	8割	34							
			8割	35							
		一 般	7割	36							
入 院 <											

注 ※印は記入しないでください。

平成15年11月10日

平成15年10月分一部負担金相当額等助成費請求書

大阪府 市(町・村)長殿

保険医療機関の
所在地及び名称

開設者氏名

一部負担金相当額 金 270 円を請求します。ただし、内訳は次のとおりです。

[illegible]

一部負担金相当額等助成費請求書記入注意事項

- 請求書は市町村ごとに作成し、請求金額の合計は一枚ごとに金額を記入してください。
○請求額に等とされたときは、市町村番号、受給者番号、氏名、膨脹年月、内外、一部負担金等を赤字で記入して一枚ごとに請求金額との差引きで記入する金額にとどめて、残額については、次回請求に繰り延べしてください。
○同一市町村番号の時は以降縦線を引いて市町村番号を省略して差し支えありません。
○老人医療受給者証(法第27条)並びに老人医療証(法第41条)の市町村と一部負担金相当額等助成証明書の市町村が異なる場合(いわゆる住所地特例)は、備考欄に「特例」と記入してください。

平成15年11月10日

平成15年10月分一部負担金相当額等助成費請求書

大阪府 市(町・村)長殿保険医療機関の
所在地及び名称

開設者氏名

一部負担金相当額 金 12,300 円 を請求します。ただし、内訳は次のとおりです。

市町村(公費負担)番号	受給者番号	氏名	診療 年月	入・外	入院 日数	一部負担金	備考
	1111111	老人41 退国	年 月 ・	入・外	0	0	
	1111111	市 助成	・	入・外	0	270	
	1111111	全国土木 老人	・	入・外	0	270	
	1111111	中央建設 老人	・	入・外	0	270	
	1111111	テスト 低所得1	・	入・外	0	3830	
	1111111	テスト 低所得2	・	入・外	0	3830	
	1111111	在総診 助成	・	入・外	0	3830	
27			・	入・外			
27			・	入・外			
27			・	入・外			
27			・	入・外			
27			・	入・外			
27			・	入・外			
27			・	入・外			
27			・	入・外			
27			・	入・外			
27			・	入・外			
27			・	入・外			
27			・	入・外			

一部負担金相当額等助成費請求書記入注意事項

- 請求書は市町村ごとに作成し、請求金額の合計は一枚ごとに金額を記入してください。
- 請求誤り等をされたときは、市町村番号、受給者番号、氏名、診療年月、入外、一部負担金等を赤字で記入して一枚ごとに請求金額との差引きできる金額にとどめて、残額については、次回請求に繰り延べしてください。
- 同一市町村番号の時は以降縦線を引いて市町村番号を省略して差し支えありません。
- 老人医療受給者証(法番号②)並びに老人医療証(法番号④)の市町村と一部負担金相当額等助成証明書の市町村が異なる場合(いわゆる住所地特例)は、備考欄に「特例」と記入してください。