

平成20年 5月分

診療報酬請求書 (医科)

その2

保険者 福岡県歯科医師国保組合

下記のとおり請求する。

平成20年 6月10日

保 険 者 番 号	県 番 号	医 療 機 関 コ ー ド	診療科コード	診 療 科 名
4:0:3:0:2:2	3:5	1 2 3 4 5 6 7		

公費負担医療

※旧総合病院等使用欄

			療養の給付				食事療養・生活療養			
			件数	医療実日数	点数	一部負担金	件数	回数	金額	標準負担額
結 3 4	請求	入院								
		入院外	1	1	273					
	※決定	入院								
		入院外								
更 生	請求	入院								
		入院外	1	1	273					
	※決定	入院								
		入院外								
精 神 通 院	請求	入院								
		入院外	1	1	273					
	※決定	入院								
		入院外								
養 育	請求	入院								
		入院外	1	1	273					
	※決定	入院								
		入院外								
特 定 疾 患	請求	入院								
		入院外	1	1	273					
	※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

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。