

年 月分 国保診療報酬総括表

| |
|-------|
| 受付年月日 |
|-------|

| 区分 | コード | 療養の給付 | | | 食事療養 | | | | |
|----------------|------------------|-------|----|-------|------|----|-------|--|--|
| | | 件数 | 点数 | 一部負担金 | 件数 | 金額 | 標準負担額 | | |
| 一般被保険者 | 一般（七〇以上九割） 入院 | 請求 | 05 | | | | | | |
| | | 決定 | | | | | | | |
| | 入院外 | 請求 | 06 | | | | | | |
| | | 決定 | | | | | | | |
| | 一般（七〇以上八割） 入院 | 請求 | 07 | | | | | | |
| | | 決定 | | | | | | | |
| | 入院外 | 請求 | 08 | | | | | | |
| | | 決定 | | | | | | | |
| | 一般被保険者 | 入院 | 請求 | 01 | | | | | |
| | | | 決定 | | | | | | |
| | | 入院外 | 請求 | 02 | | | | | |
| | | | 決定 | | | | | | |
| 一般（3歳未満） | 入院 | 請求 | 09 | | | | | | |
| | | 決定 | | | | | | | |
| | 入院外 | 請求 | 10 | | | | | | |
| | | 決定 | | | | | | | |
| 退職者 | 退職（本人） 入院 | 請求 | 41 | | | | | | |
| | | 決定 | | | | | | | |
| | 入院外 | 請求 | 42 | | | | | | |
| | | 決定 | | | | | | | |
| | 退職（七〇以上九割） 入院 | 請求 | 45 | | | | | | |
| | | 決定 | | | | | | | |
| | 入院外 | 請求 | 46 | | | | | | |
| | | 決定 | | | | | | | |
| | 退職（七〇以上八割） 入院 | 請求 | 47 | | | | | | |
| | | 決定 | | | | | | | |
| | 入院外 | 請求 | 48 | | | | | | |
| | | 決定 | | | | | | | |
| 退職（被扶養者） 入院 | 請求 | 43 | | | | | | | |
| | 決定 | | | | | | | | |
| 入院外 | 請求 | 44 | | | | | | | |
| | 決定 | | | | | | | | |
| 退職（3歳未満） 入院 | 請求 | 49 | | | | | | | |
| | 決定 | | | | | | | | |
| 入院外 | 請求 | 50 | | | | | | | |
| | 決定 | | | | | | | | |

総括表 2 の 1

年 月分 国保診療報酬総括表

総括表2の2

| 区 分 | | | | コード | 療養の給付 | | | 食事療養 | | |
|----------|------|----|----|-----|-------|----|-------|------|----|-------|
| | | | | | 件数 | 点数 | 一部負担金 | 件数 | 金額 | 標準負担額 |
| 老人 保健 | 老人九割 | 入院 | 請求 | 03 | | | | | | |
| | | | 決定 | | | | | | | |
| | 入院外 | 請求 | 04 | | | | | | | |
| | | 決定 | | | | | | | | |
| | 老人八割 | 入院 | 請求 | 11 | | | | | | |
| | | | 決定 | | | | | | | |
| 入院外 | | 請求 | 12 | | | | | | | |
| | | 決定 | | | | | | | | |

| 区 分 | | | | コード | 療養の給付 | | | 食事療養 | | |
|-------------|----------|----|----|-----|-------|----|-------|------|----|-------|
| | | | | | 件数 | 点数 | 一部負担金 | 件数 | 金額 | 標準負担額 |
| 公費負担医療 | 一般・退職 | 入院 | 請求 | 61 | | | | | | |
| | | | 決定 | | | | | | | |
| | 入院外 | 請求 | 62 | | | | | | | |
| | | 決定 | | | | | | | | |
| | 老人 | 入院 | 請求 | 63 | | | | | | |
| | | | 決定 | | | | | | | |
| 入院外 | | 請求 | 64 | | | | | | | |
| | | 決定 | | | | | | | | |
| 長 単 独 | 一般 退職 | 請求 | 71 | | | | | | | |
| | | 決定 | | | | | | | | |
| | 老人 | 請求 | 72 | | | | | | | |
| | | 決定 | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---------|--|----|---------------------|--|--|--|---|-----|--|
| 国保請求保険者 | 松山・今治・宇和島・八幡浜・新居浜・西条・大洲・伊予・四国中央・西予・東温 上島・久万高原・松前・砥部・内子・伊方・鬼北・松野・愛南 医師・歯科医師・全国土木・中央建設・建設工事業 (旧市町村) | | | | | | 計 | 保険者 | |
| | | | | | | | 計 | 保険者 | |
| 入院 | 1件当たり平均点数 | | 保険医療機関 所在地 名称 | | | | | | |
| | 国保 | 老人 | | | | | | | |
| 入院外 | 点 | 点 | 保険医療機関コード | | | | | | |

(注) 太線の枠内のみご記入下さい。総括表は県内分・県外分別に作成して下さい。

平成 年 月分 診療報酬請求書 (医科・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

印

下記のとおり請求する。

平成 年 月 日
国民健康保険

| 様式番号 | 保険者番号 | 県番号 | 医療機関コード | 給付割合 |
|------|-------|-----|---------|------|
| 51 | | 38 | | |

| 区分 | コード | 療養の給付 | | | | 食事療養 | | | | |
|--------|-----|-------|----|----|-------|------|----|----|-------|--|
| | | 件数 | 日数 | 点数 | 一部負担金 | 件数 | 回数 | 金額 | 標準負担額 | |
| 一般被保険者 | 05 | 入院 | 請求 | | | | | | | |
| | | 入院 | 決定 | | | | | | | |
| | 06 | 入院外 | 請求 | | | | | | | |
| | | 入院外 | 決定 | | | | | | | |
| | 07 | 入院 | 請求 | | | | | | | |
| | | 入院 | 決定 | | | | | | | |
| | 08 | 入院外 | 請求 | | | | | | | |
| | | 入院外 | 決定 | | | | | | | |
| | 01 | 入院 | 請求 | | | | | | | |
| | | 入院 | 決定 | | | | | | | |
| | 02 | 入院外 | 請求 | | | | | | | |
| | | 入院外 | 決定 | | | | | | | |
| 09 | 入院 | 請求 | | | | | | | | |
| | 入院 | 決定 | | | | | | | | |
| 10 | 入院外 | 請求 | | | | | | | | |
| | 入院外 | 決定 | | | | | | | | |
| 退職者 | 41 | 入院 | 請求 | | | | | | | |
| | | 入院 | 決定 | | | | | | | |
| | 42 | 入院外 | 請求 | | | | | | | |
| | | 入院外 | 決定 | | | | | | | |
| | 45 | 入院 | 請求 | | | | | | | |
| | | 入院 | 決定 | | | | | | | |
| | 46 | 入院外 | 請求 | | | | | | | |
| | | 入院外 | 決定 | | | | | | | |
| | 47 | 入院 | 請求 | | | | | | | |
| | | 入院 | 決定 | | | | | | | |
| | 48 | 入院外 | 請求 | | | | | | | |
| | | 入院外 | 決定 | | | | | | | |
| 43 | 入院 | 請求 | | | | | | | | |
| | 入院 | 決定 | | | | | | | | |
| 44 | 入院外 | 請求 | | | | | | | | |
| | 入院外 | 決定 | | | | | | | | |
| 49 | 入院 | 請求 | | | | | | | | |
| | 入院 | 決定 | | | | | | | | |
| 50 | 入院外 | 請求 | | | | | | | | |
| | 入院外 | 決定 | | | | | | | | |

様式第六の1

平成 年 月分福祉医療費総括表

| | |
|------------|-----------|
| 様式コード | 保険医療機関コード |
| 81 (71) | |
| 82 (72・74) | |
| 83 (73) | |

医療機関等
所在地

名称

| | | コード番号 | | | | | | | | | | | 請求件数 | 請求金額 | |
|----|---------|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|------|------|--|
| 1 | 公費負担者番号 | | | | | | | | | | | | 一般 | | |
| | 市町村名 | | | | | | | | | | | 老人 | | | |
| 2 | 公費負担者番号 | | | | | | | | | | | | 一般 | | |
| | 市町村名 | | | | | | | | | | | 老人 | | | |
| 3 | 公費負担者番号 | | | | | | | | | | | | 一般 | | |
| | 市町村名 | | | | | | | | | | | 老人 | | | |
| 4 | 公費負担者番号 | | | | | | | | | | | | 一般 | | |
| | 市町村名 | | | | | | | | | | | 老人 | | | |
| 5 | 公費負担者番号 | | | | | | | | | | | | 一般 | | |
| | 市町村名 | | | | | | | | | | | 老人 | | | |
| 6 | 公費負担者番号 | | | | | | | | | | | | 一般 | | |
| | 市町村名 | | | | | | | | | | | 老人 | | | |
| 7 | 公費負担者番号 | | | | | | | | | | | | 一般 | | |
| | 市町村名 | | | | | | | | | | | 老人 | | | |
| 8 | 公費負担者番号 | | | | | | | | | | | | 一般 | | |
| | 市町村名 | | | | | | | | | | | 老人 | | | |
| 9 | 公費負担者番号 | | | | | | | | | | | | 一般 | | |
| | 市町村名 | | | | | | | | | | | 老人 | | | |
| 10 | 公費負担者番号 | | | | | | | | | | | | 一般 | | |
| | 市町村名 | | | | | | | | | | | 老人 | | | |
| 11 | 公費負担者番号 | | | | | | | | | | | | 一般 | | |
| | 市町村名 | | | | | | | | | | | 老人 | | | |
| 合計 | 総市町村数 | | | | | | | | | | | 一般計 | | | |
| | 市町村 | | | | | | | | | | | 老人計 | | | |

*・様式コード欄...重心81(71を含む)・乳幼児82(72・74を含む)・母子83(73を含む) をそれぞれ 印で囲んで下さい。

福祉医療費支給申請・請求明細書

平成 年 月 診療分

| | | | |
|-----------------------------|--------------------------------|-----------------|-----------------------|
| 1. 社 保 2. 国 保 3. 国保組合 | 1. 一 般 3. 退 本 2. 老 人 4. 退 家 | 前期高齢者 9 8 | 一部負担割合 1 2 3 |
|-----------------------------|--------------------------------|-----------------|-----------------------|

| | | | | | | | | | | |
|----------------------------|-------------------------------------|----|---------|-----------------------------------|-----------------|---|-----------------|--|---|--|
| 保険者 番号 | | | | | 被保険者証 記号・番号 | | | | | |
| 市町村 番号 | | | | | 老人医療 受給者番号 | | | | | |
| 公費負担者 番号 | | | | | 公費負担医療 受給者番号 | | | | | |
| 患者氏名 | | | | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 明・大・昭・平 年 月 日 | | | |
| 1 入院 | 診療日数()日間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 | | 2 外来 | 診療日数 ()日間 | | 1・2・3・4・5・6・7・8・9・10 11・12・13・14・15・16・17・18・19・20 21・22・23・24・25・26・27・28・29・30・31 | | | | |
| | 傷病名 及び 期 間 | | | *高額療養費(21,000円以上)に該当する時のみ記入してください | | | 特定疾病(長) | | 1 | |
| | | | | | | | 該当する場合は で囲んで下さい | | | |
| 診療 報酬 請求 明細 内訳 | 総診療報酬点数 | | | | | 点 | | | | |
| | 他法公費種別、 自己負担月額、 及び負担額 | 精神 | 結核 | 更生 | 自己負担月額 | 円 | | | | |
| | | 1 | 2 | 3 | | | | | | |
| | 自己負担月額、 及び負担額 | 育成 | 特疾 | その他 | 公費負担額 | 円 | | | | |
| 4 | | 5 | 6 | | | | | | | |
| 請求金額 | | | | | 円 | | | | | |

請求年月日 平成 年 月 日

| | |
|-----------|-------------|
| 医療機関コード番号 | 診療科 コード* |
| | |

医療機関等
所在地

名称

氏名

印

備考

*... 種別欄 2.国保 3.退本 4.退家 は、月遅れ分請求時の使用となります。
 *... 月遅れ請求分で薬剤一部負担金がある場合、請求金額欄・上部に記入して下さい。
 *... 請求金額に少数点以下が発生する場合は少数点第1位の位を切り上げて円の位まで記入して下さい。
 診療科コード*欄... 旧総合病院は診療科コード番号を記入して下さい。