

受付年月日

年 月分 国保診療報酬総括表

区 分				コード	療 養 の 給 付			食事療養・生活療養		
					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（七〇以上七割）	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（七〇以上七割）	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							
者	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

保険医療機関コード

年 月分 国保診療報酬総括表

区 分				コード	療 養 の 給 付			食事療養・生活療養		
					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							
	老人七割	入院	請求	11						
			決定							
		入院外	請求	12						
			決定							

総括表2の2

区 分				コード	療 養 の 給 付			食事療養・生活療養		
					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
県外保険者					計	保険者
	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	点	点				
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・生活療養			
					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	一般（七〇以上九割）	入院	請求	05								
			決定									
	一般（七〇以上九割）	入院外	請求	06								
			決定									
	一般（七〇以上七割）	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									
	退職（本人）	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（七〇以上七割）	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									
者	退職（3歳未満）	入院	請求	49								
			決定									
		入院外	請求	50								
			決定									

様式第六の1

平成 年 月分 診療報酬請求書（医科・歯科）

保険者

保険医療機関の
所在地及び名称
開設者氏名

殿

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				療 養 の 給 付				食事療養・生活療養			
				件 数	日 数	点 数	一部負担金	件 数	回 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								
	老人七割	入院	請求	11							
			決定								
		入院外	請求	12							
			決定								

様式第六の2

公費負担医療

				療 養 の 給 付				食事療養・生活療養			
				件 数	日 数	点 数	一部負担金	件 数	回 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								

- 備考
1. 決定欄には記入しないこと
 2. 請求欄は、各区分ごとに入院・入院外別に集計して下さい。
 3. 公費負担医療は、一般・退職を合計したものと老人分ごとに再掲して下さい。
 4. 給付割合欄は国保組合を請求する場合のみ記入して下さい。（8割は「8」・7割の場合は記入不要）
 5. 長 単独は一般・退職及び老人分で入院、入院外を集計したものを記入して下さい。

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
7

一部負担割合
1
2
3 割

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 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ください						特定疾病(長)									
									(02)・・・1 / (16)・・・2 を記入									
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												
			1	2	3													
			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。
..... 特定疾病(長)に該当する場合、「02 長」に該当する場合は「1」を「16 長2」に該当する場合は「2」を記入して下さい。
..... 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。