

平成 年 月分 診療報酬請求書(医 科) 都道府 医療機関
 歯 科) 県番号 40 コード

保 険 者

(別 記) 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
 電 話 番 号
 開 設 者 氏 名



国民健康保険

	療 養 の 給 付					食 事 療 養			
	件数	診 療 実 日 数	点 数	薬 剤 一 部 負 担 金	一部負担金	件数	日数	金 額	標準負担額
一 般 (七〇以上九割)	請 求	入 院			/				
		入 院 外							
	決 定	入 院							
		入 院 外							
一 般 (七〇以上八割)	請 求	入 院							
		①入 院 外							
	決 定	入 院							
		①入 院 外							
一 般 被 保 険 者	請 求	入 院							
		入 院 外							
	決 定	入 院							
		入 院 外							
一 般 (三歳未満)	請 求	入 院							
		入 院 外							
	決 定	入 院							
		入 院 外							
⑥⑦ 退 職 者 (本人)	請 求	入 院							
		入 院 外							
	決 定	入 院							
		入 院 外							
⑥⑦ 退 職 者 (七〇以上九割)	請 求	入 院							
		入 院 外							
	決 定	入 院							
		入 院 外							
⑥⑦ 退 職 者 (七〇以上八割)	請 求	入 院							
		①入 院 外							
	決 定	入 院							
		①入 院 外							
⑥⑦ 退 職 者 (被扶養者)	請 求	入 院							
		入 院 外							
	決 定	入 院							
		入 院 外							
⑥⑦ 退 職 者 (三歳未満)	請 求	入 院							
		入 院 外							
	決 定	入 院							
		入 院 外							

様 式 第 六 (一ノ二)

(注) 印欄は記入しないで下さい。「一部負担金」の項は、薬剤一部負担金を除いた金額を記載して下さい。

平成 年 月分 診療報酬請求書(医 科) 都道府 医療機関
 歯 科) 県番号 40 コード

保 険 者

(別 記) 殿・国保組合殿
 下記のとおり請求する。

保 険 医 療 機 関 の
 所 在 地 及 び 名 称
 電 話 番 号
 開 設 者 氏 名

印

平成 年 月 日

老 人 保 健

			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	
②7 老 人 保 健 老 人 9 割	請 求	⑦ 入 院									
		⑧ 入院外									
	決 定	⑦ 入 院									
		⑧ 入院外									
	老 人 8 割	請 求	⑨ 入 院								
			⑩ 入院外								
		決 定	⑨ 入 院								
			⑩ 入院外								

様 式 第 六 (一ノ二)(四ノ二)

公 費 負 担 医 療

			療 養 の 給 付					食 事 療 養			
			件 数	診 療 実 日 数	点 数	薬 剤 一 部 負 担 金	一 部 負 担 金	患 者 負 担 額	件 数	日 数	金 額
④3 老 被 爆 人	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									
	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

高 額 療 養 費	70 一 般 被 保 険 者	件	円
	71 退 職 者	件	円

(注 1) 「43 老人被爆」欄は、老人被爆者に係る公費負担の数値を記載願います。
 (注 2) 印欄は記入しないで下さい。「一部負担金」の項は、薬剤一部負担金を除いた金額を記載して下さい。

平成 年 月分 診療報酬請求書(医 科) 都道府 医療機関
 歯 科) 県番号 40 コード

保険者

--	--	--	--

 国保組合殿

保険医療機関の
 所在地及び名称
 電話番号
 開設者氏名

下記のとおり請求する。

平成 年 月 日

印

国民健康保険

	給付割合	療 養 の 給 付				食 事 療 養				
		件数	診 療 実 日 数	点 数	薬 剤 一 部 負 担 金	一部負担金	件数	日数	金 額	標準負担額
国民健康保険被保険者	79歳以上割	請求	⑦入院							
		請求	⑧入院外							
		決定	⑦入院							
		決定	⑧入院外							
	78歳以上割	請求	⑨入院							
		請求	⑩入院外							
		決定	⑨入院							
		決定	⑩入院外							
一般被保険者	請求	組合員	割							
		家族	割							
		その他	割							
	入院外	組合員	割							
		家族	割							
		その他	割							
決定	入院	組合員	割							
		家族	割							
	入院外	組合員	割							
		家族	割							
3歳未満	請求	③入院								
		④入院外								
	決定	③入院								
		④入院外								

様式第六(四ノ一)

(注1) 入院、入院外並びに給付割合欄は正確に記入下さい。

(注2) 印欄は記入しないで下さい。「一部負担金」の項は、薬剤一部負担金を除いた金額を記載して下さい。

平成 年 月分 診療報酬請求書(医 科) 都道府 医療機関
 歯 科) 県番号 40 コード

保険者

--	--	--

(別 記) 殿
 下記のとおり請求する。

保険医療機関の
 所在地及び名称
 電話番号
 開設者氏名



平成 年 月 日

公費負担医療

		療 養 の 給 付					食 事 療 養			
		件数	診 療 実日数	点 数	薬 剤 一部負担金	一部負担金	患者負担額	件数	日 数	金 額
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									
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									
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									

様式第六(二)

備考

(注) 印欄は記入しないで下さい。