

平成 年 月 分

# 診療報酬請求書 (医科)

保険者

保険医療機関の  
所在地及び名称  
電話番号  
開設者氏名

殿

印

下記のとおり請求する。

保 険 者 番 号	県 番 号	医 療 機 関 コ ー ド
	4 1	

表 別	給 付 割
医科 ①	10 / 9
	8 / ⑦

平成 年 月 日

## 国民健康保険

療 養 の 給 付				食 事 療 養 ・ 生 活 療 養				備 考
件 数	診 療 実 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	②5 七〇歳以上 一般・低所得	請 求	⑦入院							長 合 計  件
		請 求	⑧入院外							
		※決定	入院							
		※決定	入院外							
	七〇歳以上七割	請 求	⑨入院							
		請 求	⑩入院外							
		※決定	入院							
		※決定	入院外							
	一般被保険者	請 求	①入院							
		請 求	②入院外							
		※決定	入院							
		※決定	入院外							
六 歳	請 求	③入院								
	請 求	④入院外								
	※決定	入院								
	※決定	入院外								
退 職 者	⑥7 退職本人	請 求	①入院							
		請 求	②入院外							
		※決定	入院							
		※決定	入院外							
	⑥7 七〇歳以上九割	請 求	⑦入院							
		請 求	⑧入院外							
		※決定	入院							
		※決定	入院外							
	七〇歳以上七割	請 求	⑨入院							
		請 求	⑩入院外							
		※決定	入院							
		※決定	入院外							
退職被扶養者	請 求	⑤入院								
	請 求	⑥入院外								
	※決定	入院								
	※決定	入院外								
六 歳	請 求	③入院								
	請 求	④入院外								
	※決定	入院								
	※決定	入院外								

