

分診療報酬総括票

No.

〒 	標榜科名	保険医療機関の 所在地・名称及 び開設者氏名	TEL	医療機関コード
---	------	------------------------------	-----	---------

様式第2

項目	国 保 (退職者)										老 人 保 健					
	一般 (70以上7割)				被扶養者			3歳未満			老人9割			老人7割		
	入外	件数	点数	食事・生活療養	件数	点数	食事・生活療養	件数	点数	食事・生活療養	件数	点数	食事・生活療養	件数	点数	食事・生活療養
保険者名	入															
	外															
	入															
	外															
	入															
	外															
	入															
	外															
	入															
	外															
	入															
	外															
	入															
	外															
計	入															
	外															

公費番号	入 院			入 院 外			公費番号	入 院			入 院 外		受付印	審査済印	※ 件 数		
	件数	点 数	食事・生活療養	件数	点 数	食事・生活療養		件数	点 数	食事・生活療養	件数	点 数			国	退 老 計	

註) 1. 食事療養については上段に基準額を下段に負担額を記入のこと。
 2. ※欄は記入しないこと。
 3. 各項目の総合計は、1枚目の計欄に記入すること。