

医療機関  
以下

国民健康保険等診療報酬総括票 (医・歯)

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 月分

区分	療費の給付			食事療養・生活療養		
	総件数	総点数	※備考	件数	金額	標準負担額
請求	入院	入院				
		入院外				
	国保	入院				
		入院外				
	合計	入院				
		入院外				

区分	療養の給付			食事療養・生活療養		
	件数	点数	備考	件数	金額	標準負担額
※返戻	入院					
	入院外					
査定	入院					
	入院外					
減点	入院					
	入院外					
誤算	入院					
	入院外					
※決定	入院					
	入院外					

※欄には記入しないで下さい。

※ 受付 印	持	
	替	
	連	
	書	

平成 年 月分 診療報酬請求書 (医科)

別添 (4)

保険者  
(別 記) 殿

保険医療機関の  
所在地及び名称  
電話番号  
開設者氏名

様式  
第六  
印

下記の通り請求する。  
平成 年 月 日

保険者番号				県番号	医療機関コード				
				1	2				

点数 表別
1

法定外給付		
0	0	10

入院外		件数	診療実日数	点数	一部負担金	備考
国民健康保険 被保険者 (六歳)	請求 1					
	※決定					
	請求 3					
	※決定					
	請求 5					
	※決定					
	請求 7					
	※決定					
	請求 9					
	※決定					
国民健康保険 被扶養者 (六歳)	請求 15					
	※決定					
	請求 17					
	※決定					

(入院外用)

区分		件数	診療実日数	点数	一部負担金	備考
公費負担医療	請求 0					
	※決定					
	請求 0					
	※決定					
	請求 0					
	※決定					
	請求 0					
	※決定					
	請求 0					
	※決定					
	請求 0					
	※決定					

区分	返 戻				増 減 点		
	件数	日数	点数	一部負担金	増 点	減 点	一部負担金
※							
※							
※							
※							
※							
※							
※							
※							
※							
※							

※ 欄には記入しないで下さい。

※ 高額療養費	一般被保険者	件数 金額	円	返 還 額	件数 金額	円
---------	--------	----------	---	-------	----------	---

保険医療機関の  
所在地及び名称  
電話番号  
開設者氏名

印

様式第八

(入 附 外 用)

各広域連合 殿  
下記のとおり請求する。  
平成 年 月 日

後期高齢者医療広域連合 都道府県番号				県番号	医療機関コード				点数 表別
3	9			1	2				1

後期高齢者医療

入院外			療養の給付				備考
			件数	診療実日数	点数	一部負担金	
後期 高齢	九	請求 91					
	割	※決定					
	七	請求 93					
	割	※決定					

公費負担医療

区分			療養の給付				備考
			件数	診療実日数	点数	一部負担金	
公 費 負 担 医 療		請求 0					
		※決定					
		請求 0					
		※決定					
		請求 0					
		※決定					
		請求 0					
		※決定					
		請求 0					
		※決定					

区分	返 戻				増 減 点		
	件数	日数	点数	一部負担金	増 点	減 点	一部負担金
滋 毒 産 状 況							

※欄には記入しないで下さい。

増減額集計	件数	
	金額	円

平成 年 月分 診療報酬請求書 (医科)

別添 (4)

保険者  
(別 記) 殿

保険医療機関の  
所在地及び名称  
電話番号  
開設者氏名

様式  
第六  
印

下記の通り請求する。  
平成 年 月 日

保険者番号				県番号		医療機関コード					
				1	2						

点数 別
1

診療外給付		
9	9	10

入院	療養の給付				食事療養・生活療養				
	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	
国民健康保険者	八割 (H10001)	請求 0							
		※決定							
	七割 (H10002)	請求 2							
		※決定							
	被保険者 (六割)	請求 4							
		※決定							
	本人 (六割)	請求 6							
		※決定							
	退職者	本人	請求 0						
			※決定						
		被扶養者 (六割)	請求 14						
			※決定						

(入院用)

区分	療養の給付				食事療養・生活療養			
	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 (公費分)
公費負担医療	請求 0							
		※決定						
	請求 0							
		※決定						
	請求 0							
		※決定						

区分	返 戻				増 減 点						
	件数	日数	点数	一部負担金	食事	標準負担額	増点	減点	一部負担金	食事	標準負担額
※											
※											
※											
※											
※											

※欄には記入しないで下さい。

※ 高額療養費	一般被保険者	件数		円	退職者	件数		円
		金額				金額		

保険医療機関の  
所在地及び名称  
電話番号  
開設者氏名

印

各広域連合 殿  
下記のとおり請求する。  
平成 年 月 日

後期高齢者医療広域連合 都道府県番号				県番号	医療機関コード				点数 类别
3	9			1	2				1

後期高齢者医療

入院	療養の給付				食事療養・生活療養			
	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
後期 高齢	九	請求 00						
	割	※決定						
	七	請求 02						
	割	※決定						

公費負担医療

区分	療養の給付				食事療養・生活療養			
	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 (公費分)
公 費 負 担 医 療	請求 0							
		※決定						
	請求 0							
		※決定						
	請求 0							
		※決定						
	請求 0							
		※決定						
	請求 0							
		※決定						
	請求 0							
		※決定						

区分	返 戻				増 減 点			
	件数	日数	点数	一部負担金	増 点	減 点	一部負担金	標準負担額
※								
審								
査								
状								
況								

※欄には記入しないで下さい。

※高額療養費 件数 金額 円