

国保 平成 年 月分診療報酬請求書 (医 科・入 院 外)

保 險 者 (別 記) 殿

保険医療機関の所在地

及び名称 電話番号

下記のとおり請求する。

開 設 者 氏 名

㊞

平成 年 月 日

保 險 者 番 号	都道府県番号	医 療 機 関 コ ー ド	表 別
	1 3		医 科 1

[国民健康保険]

区 分			件 数	診 療 実 日 数	点 数	薬 剤 一 部 負 担 金	一 部 負 担 金
一 般 被 保 險 者	七〇歳以上	9割	92			/	
		8割	82				
	一般被保険者	割	4				
		7割	2				
3歳未満		32					
退 職 者	本人	9割	6			/	
		8割	96				
	七〇歳以上	9割	86				
		割	8				
被扶養者		38					
3歳未満							

[老人保健]

区 分		件 数	診 療 実 日 数	点 数	薬 剤 一 部 負 担 金	一 部 負 担 金
老人 9割	請求※決定				/	
	請求※決定					
老人 8割	請求※決定				/	
	請求※決定					

[公費負担医療]

区 分		件 数	診 療 実 日 数	点 数	薬 剤 一 部 負 担 金	一 部 負 担 金
	請求※決定				/	
	請求※決定					
	請求※決定				/	
	請求※決定					

※高額療養費	一 般 被 保 險 者	件数	金額	退 職 者	件数	金額	※高額医療費	老 人 保 健	件数	金額
--------	-------------	----	----	-------	----	----	--------	---------	----	----

国保 平成 年 月 分診療報酬請求書 (医 科・入 院)

保 険 者 (別 記) 殿

保険医療機関の所在地

及び名称 電話番号

下記のとおり請求する。

開 設 者 氏 名

⑨

平成 年 月 日

保 険 者 番 号	都道府 府 原 番 号	医 療 機 関 コ ー ド	表 別
	13		医 科 1

[国民健康保険]

区 分	療 養 の 給 付				食 事 療 養 費				
	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	
一 般 被 保 険 者	七〇歳以上	9割 ※ 請求	91		/				
		8割 ※ 請求	81						
	一般被保険者	9割 ※ 請求	3						
		7割 ※ 請求	1						
	3歳未満	※ 請求	31						
退 職 者	七〇歳以上	9割 ※ 請求	95		/				
		8割 ※ 請求	85						
	本人	※ 請求	75						
	被扶養者	※ 請求	77						
	3歳未満	※ 請求	37						

[老人保健]

区 分	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
老人9割	※ 請求							
老人8割	※ 請求							

[公費負担医療]

区 分	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
	※ 請求							
	※ 請求							

※高額療養費	一 般 被 保 険 者	件数	金額	円	退 職 者	件数	金額	円	※高額医療費	老人保健	件数	金額	円
--------	-------------	----	----	---	-------	----	----	---	--------	------	----	----	---

※欄は記入しないで下さい。