

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	一 部 負 担 金
一 般 被 保 険 者	七〇歳以上	9割	請求	92			/
			※決定				
	一般被保険者	割	請求	4			
			※決定				
	7割	請求	2				
		※決定					
3歳未満		請求	32				
		※決定					
退 職 者	七〇歳以上	9割	請求	96			
			※決定				
	木 人	請求	76				
		※決定					
	被扶養者	請求	8				
		※決定					
3歳未満		請求	38				
		※決定					

[老人保健]

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

[公費負担医療]

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

※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。