

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

㊤

平成 年 月 日

保 険 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	療 養 の 給 付				危 害 康 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			/				
	八割 請求 ※	81							
	一般被保険者 7割 請求 ※	3							
	七割 請求 ※	1							
	三歳未満 請求 ※	31							
退 職 者	七〇歳以上 9割 請求 ※	95			/				
	八割 請求 ※	85							
	本人 7割 請求 ※	75							
	被扶養者 7割 請求 ※	77							
	三歳未満 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		退職者 件数		※高額医療費 老人保健 件数	
金額	円	金額	円	金額	円

※欄は記入しないで下さい。