令和　年　月分　診療報酬請求書[医科]

保険医療機関の
所在地及び名称
電　話　番　号
開　設　者　氏　名

後期高齢者医療広域連合　殿

下記のとおり請求する。

令和　年　月　日

保険者番号	県番号	医療機関コード
	2 3	

表別	
医科	1

			請求(療養の給付) 件数	診療実日数	点数	一部負担金	請求(食事療養・生活療養) 件数	日数	金額	標準負担額	※決定 療養の給付 食事療養・生活療養
後期高齢者	一般・低所得	入院				円			円	円	点
											円
		入院外									
	7割	入院									
		入院外									

（再掲）

㊀等	件数

備考	

※印欄及び以下は記入を要しません。

1	2	3	4

				件数	点数	一部負担金	金額	負担額	件数	増点	件数	減点	減額
後期高齢者	一般・低所得	返戻	入院										
			入院外										
	7割	返戻	入院										
			入院外										