

(他府県用) 平成 年 月 分 診療報酬請求書 (医科)

保険者

都道府県

市町村
国保組合

所在地
花名
氏名
電話番号

下記のとおり請求する。

平成 年 月 日

保険者番号	県番号	医療機関コード	医科	1
	27			

国民健康保険

		療養の給付				食事療養			
		件数	日数	点数	一部負担金	件数	日数	金額	標準負担額
請求	入院				円			円	円
	入院外								
※決定									
請求	入院				円			円	円
	入院外								
※決定									
請求	入院				円			円	円
	入院外								
※決定									
請求	入院				円			円	円
	入院外								
※決定									
請求	入院				円			円	円
	入院外								
※決定									
請求	入院				円			円	円
	入院外								
※決定									
請求	入院				円			円	円
	入院外								
※決定									
請求	入院				円			円	円
	入院外								
※決定									
請求	入院				円			円	円
	入院外								
※決定									
請求	入院				円			円	円
	入院外								
※決定									

老人保健 (印) 件数

九割	入院		入院外	
八割	入院		入院外	

※ 高額療養費

一般被保険者	件数		退院者	件数	
	金額	円		金額	円

注意 ※印の欄は記入しないこと。