

令和 年 月分 診療報酬請求書(医科)

() 殿

下記のとおり請求する。

保険医療機関の
所在地及び名称
電話番号
開設者氏名

令和 年 月 日

広域連合番号				県番号	医療機関コード			
3	9			3	1			

F 後期高齢者医療

			療養の給付				食事療養・生活療養				長
			件数	診療実日数	点数	一部負担金	件数	回数	金額	標準負担額	
一般・低所得	請求	01 入院				円			円	円	
		02 入院外									
	※決定	03 入院									
		04 入院外									
七割 後期高齢	請求	11 入院									
		12 入院外									
	※決定	13 入院									
		14 入院外									

G 公費負担医療

			療養の給付				食事療養・生活療養			
			件数	診療実日数	点数	一部負担金	件数	回数	金額	標準負担額
	請求	1 入院				円			円	円
		2 入院外								
	※決定	3 入院								
		4 入院外								
	請求	1 入院								
		2 入院外								
	※決定	3 入院								
		4 入院外								
	請求	1 入院								
		2 入院外								
	※決定	3 入院								
		4 入院外								
	請求	1 入院								
		2 入院外								
	※決定	3 入院								
		4 入院外								

備考

※高額療養費	件数	
	金額	円

- 注 1 ※印の欄は記入しないこと。
 2 太枠欄のみ記入して下さい。
 3 「在医総管又は在総を算定したレセ」を上段に、「その他のレセ」を下段に、それぞれ該当する欄に記載して下さい。
 4 「高額長期疾病」の場合は、該当件数を記載して下さい。