

令和 年 月分 診療報酬請求書 (医科・歯科)

県コード 32 医療機関コード

--	--	--	--	--	--

広域連合様

下記のとおり請求する。
令和 年 月 日

保険医療機関の
所在地及び名称
開設者氏名
電話番号

後期高齢者医療

	一般・低所得者①	請求	入院①	療養の給付				食事療養・生活療養				備考	
				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		
後 期 高 齢 者 ⑨	7割②	請求	入院①							円	円		
			入院外②										
		決定	入院①										
			入院外②										
	7割②	請求	入院①										
			入院外②										
		決定	入院①										
			入院外②										

公費負担医療 (再掲)

法別 番号	区 分	療養の給付			食事療養・生活療養			備考
		件数	点数	患者負担額	件数	金額	負担額(公費分)	
10	結 核							
11	結核(命入)							
15	更生医療							
19	原爆医療							
20	精神(措置)							
21	精神通院							
24	療養介護医療							
38	肝炎医療							
51	特定疾患							
53	児童福祉							
54	難病医療							
66	石綿医療							
79	障害児施設医療							
91	福祉医療							

注 1. 太枠欄のみ記入して下さい。
2. 公費再掲欄には一般・低所得者(入院、入院外)、7割(入院、入院外)をすべて合算の上、記入して下さい。