

令和 年 月分 診療報酬請求書 (医科)

医療機関コード

## 広域連合 殿

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  
電話番号  
開設者氏名

## 後期高齢者医療

区分			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
後期高齢者一般	請求	入院				円			円	円
		入院外								
	※決定	入院								
		入院外								
後期高齢者七割	請求	入院								
		入院外								
	※決定	入院								
		入院外								

## 公費負担医療

区分			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	入院				円			円	円
		入院外								
	※決定	入院								
		入院外								
	請求	入院								
		入院外								
	※決定	入院								
		入院外								
	請求	入院								
		入院外								
	※決定	入院								
		入院外								
	請求	入院								
		入院外								
	※決定	入院								
		入院外								
	請求	入院								
		入院外								
	※決定	入院								
		入院外								

## 備考

備考 1. この用紙はA列4番クリーム色黒刷りとする。  
2. ※印の欄は、記入しないこと。

*高額療養費	件数	
	金額	円