

保 險 者

(別 記) 殿

保険医療機関の
所在地及び名称

開 設 者 氏 名

印

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			表 別	給 付 割		
					3	6				医 科	1	10 8	9 7

				療養の給付				食事療養					
				件数	診 療 実 日 数	点数	薬 劑 一 部 負 担 金	一部負担金	件数	日数	金額	標準負担額	
00	9	一般(七〇歳以上九割)	請求	入院									
			請求	入院外									
		※決定	入院										
		※決定	入院外										
00	8	一般(七〇歳以上八割)	請求	入院									
			請求	入院外									
		※決定	入院										
		※決定	入院外										
00	0	一般被保険者	請求	入院									
			請求	入院外									
		※決定	入院										
		※決定	入院外										
00	3	一般(三歳未満)	請求	入院									
			請求	入院外									
		※決定	入院										
		※決定	入院外										
67	0	退職(本人)	請求	入院									
			請求	入院外									
		※決定	入院										
		※決定	入院外										
67	9	退職(七〇歳以上九割)	請求	入院									
			請求	入院外									
		※決定	入院										
		※決定	入院外										
67	8	退職(七〇歳以上八割)	請求	入院									
			請求	入院外									
		※決定	入院										
		※決定	入院外										
67	1	退職(被扶養者)	請求	入院									
			請求	入院外									
		※決定	入院										
		※決定	入院外										
67	3	退職(三歳未満)	請求	入院									
			請求	入院外									
		※決定	入院										
		※決定	入院外										

※様式第六(第二条関係)

平成 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

開設者氏名

㊞

保険者番号				県番号		医療機関コード			
				3	6				

老人保健

				件数	診療 実日数	点数	一部負担金	件数	日数	金額	標準負担額	
27	9	老人 九割	請求	入院			円			円	円	
			請求	入院外								
			※決定	入院								
			※決定	入院外								
27	8	老人 八割	請求	入院								
			請求	入院外								
			※決定	入院								
			※決定	入院外								

公費負担医療

			療養の給付				食事療養				
			件数	診療 実日数	点数	薬 剤 一部負担金	一部負担金	件数	日数	金額	標準負担額 (公費分)
	請求	入院					円			円	円
		入院外				円					
	※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									

※			療 養 の 給 付						
			増		減		返 戻		
			件数	点 数	件数	点 数	件数	日数	点 数
国 保	一般 9割	入							
		外							
	一般 8割	入							
		外							
	一般 3歳未満	入							
外									
退 職	本人	入							
		外							
	9割	入							
		外							
	8割	入							
外									
被扶養者	入								
	外								
3歳未満	入								
	外								
老 人	9割	入							
		外							
8割	入								
	外								

※			食 事 療 養			
			増		減	
			件数	金額	件数	金額
国 保	一般					
退 職	本 被					
老 保						
※			一 般 保 険 者		退 職 者	
高額療養費						

給付割合は該当箇所を○で囲んで下さい。 ※ の欄は記入しないでください。