

令和 年 月分 後期高齢者診療報酬請求書(医科)

様式第八

広域連合 殿

保険医療機関の
所在地及び名称

電話番号

開設者氏名

印

下記のとおり請求する。

令和 年 月 日

県番号		医療機関コード					

後期高齢者医療

	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	
後期 高齢	一般・低所得	請求	入院					円	円
		入院外							
	※決定	入院							
		入院外							
後期 高齢	7割	請求	入院						
		入院外							
	※決定	入院							
		入院外							

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 (公費分)	
	請求	入院						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							

※高額療養費	件数	
	金額	円

注意 1、※印の欄は記入しないこと。
備考 この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。