

平成 年 月 分

県外用

診療報酬請求書 (医科・歯科)

保険者 (別記) 取

下記のとおり請求する。

保険者番号	県番号	医療機関コード	給付割	
	39		10	9
			8	7

保険医療機関の所在地及び名称
 保険者氏名



平成 年 月 日

国民健康保険

				療養の給付				重平療養・生活療養			
				件数	診療日数	点数	一部負担金	件数	回数	金額	標準負担額
1	請求	1	入院				円				円
		2	入院外								
	重平療養	1	入院								
		2	入院外								
2	請求	1	入院								
		2	入院外								
	重平療養	1	入院								
		2	入院外								
2	請求	1	入院								
		2	入院外								
	重平療養	1	入院								
		2	入院外								
3	請求	1	入院								
		2	入院外								
	重平療養	1	入院								
		2	入院外								
4	請求	1	入院								
		2	入院外								
	重平療養	1	入院								
		2	入院外								
6	請求	1	入院								
		2	入院外								
	重平療養	1	入院								
		2	入院外								
7	請求	1	入院								
		2	入院外								
	重平療養	1	入院								
		2	入院外								

注意 別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。

様式第17

平成 年 月 分

県外用

診療報酬請求書 (医科・歯科)

保険者 (別記) 殿

下記のとおり請求する。

保険者番号	保険号	医療機関コード	給付期	
			10	9
	39		8	7

保険医療機関の所在地及び名称
開院年月日

印

平成 年 月 日

公費負担医療

			療費の給付				全事療費・生活療費			
			件数	診療実日数	点数	一部負担金	件数	回数	金額	補給金控額 (公費分)
請求	1	入院								
		入院外								
	2	入院								
		入院外								
請求	1	入院								
		入院外								
	2	入院								
		入院外								

備考

※ 高額療養費	一般被保険者	件数		退院者	件数	
		金額			金額	

注意 ※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列用紙とすること。