

令和 年 月分診療報酬総括票 (後期)

〒	□	□	□	□	□	□	□	標榜科名	保険医療機関の 所在地・名称及び 開設者氏名	TEL	-	-	医療機関コード

項目 都道府県名	入外	後期高齢者医療						
		後期高齢 一般・低所得		後期高齢 7割		食事療養・生活療養		
		件数	点数	件数	点数	件数	金額	標準負担額
	入							
	外							
	入							
	外							
	入							
	外							
	入							
	外							
	入							
	外							
	入							
	外							
	入							
	外							
計	入							
	外							

公費 番号	入院		入院外		食事療養・生活療養			公費 番号	入院		入院外		食事療養・生活療養			受付印	審査済印	件数
	件数	点数	件数	点数	件数	金額	標準負担額		件数	点数	件数	点数	件数	金額	標準負担額			

注) 1. 各項目の総合計は、1枚目の計欄に記入すること。 注) 2. 総件数を右下の「件数」欄に記入すること。

医療機関  
コード \_\_\_\_\_

広域連合 殿

下記のとおり請求する。

保険医療機関の  
所在地及び名称

令和 年 月 日

開設者 氏名

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
一般・後期 低所得	請求	入院			円		円	円
		入院外						
	※決定	入院						
		入院外						
後期 七割	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
○	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						

備考

注意 ※印の欄は記入しないこと。

※高療養費	件数	
	金額	円