

令和 年 月 分 診療報酬請求書(歯科・入院外)

保険者

() 殿

保険医療機関の
所在地及び名称
電話番号
開設者氏名

下記のとおり請求する。

令和 年 月 日

保険者番号	県番号	医療機関コード
.....	3 1

⑤ 国民健康保険

			療 養 の 給 付		
			件 数	診療実日数	点 数
一 般 (70歳以上一般 ・低所得)	請 求	02 入院外			
	※決定	04 入院外			
一 般 (70歳以上7割)	請 求	12 入院外			
	※決定	14 入院外			
一 般 被保険者	請 求	22 入院外			
	※決定	24 入院外			
一 般 (6歳)	請 求	32 入院外			
	※決定	34 入院外			
退 職 (本 人)	請 求	42 入院外			
	※決定	44 入院外			
退 職 (被扶養者)	請 求	72 入院外			
	※決定	74 入院外			
退 職 (6歳)	請 求	82 入院外			
	※決定	84 入院外			

⑦ 公費負担医療

			療 養 の 給 付		
			件 数	診療実日数	点 数
	請 求	2 入院外			
	※決定	4 入院外			
	請 求	2 入院外			
	※決定	4 入院外			
	請 求	2 入院外			
	※決定	4 入院外			
	請 求	2 入院外			
	※決定	4 入院外			
	請 求	2 入院外			
	※決定	4 入院外			

注意 ※印の欄には記入しないこと。