

令和 年 月分 診療報酬請求書(歯科・入院外)

保険者

()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
電話番号
開設者氏名

令和 年 月 日

広域連合番号				県番号	医療機関コード			
3	9			3	1			

Ⓕ 後期高齢者医療

			療養の給付			
			件数	診療 実日数	点数	一部負担金
後期高齢 一般・低所得	請求	02 入院外				
	※決定	04 入院外				
後期高齢 7割	請求	12 入院外				
	※決定	14 入院外				

Ⓖ 公費負担医療

			療養の給付			
			件数	診療 実日数	点数	一部負担金
	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				

備考

注意 ※印の欄には記入しないこと。