

国保

平成 年 月分診療報酬請求書（医科・入院）

後期高齢者医療広域連合（別記）

保険医療機関の所在地

及び名称 電話番号

下記のとおり請求する。

開設者氏名

㊞

平成 年 月 日

広域連合番号				都道府県番号	医療機関コード				表別		
3	9	0	0	0	1	3				医科	1

[後期高齢者医療]

区分			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
9割	請求	19								
	※決定									
7割	請求	17								
	※決定									

[公費負担医療]

区分			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									
	※決定									

※高額療養費	件数	
	金額	円

※欄は記入しないで下さい。