



国保

令和 年 月分診療報酬請求書（ 歯 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

㊞

令和 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

歯
科 3

〔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。