

国保

平成 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

㊞

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 | 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。