

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 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。