

国保

平成 年 月分診療報酬請求書（歯科・入院外）

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		件 数	診療実日数	点 数	一部負担金
9 割	請求	29			
	※決定				
7 割	請求	27			
	※決定				

〔公費負担医療〕

区 分		件 数	診療実日数	点 数	一部負担金
	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。