

国保 平成 年 月分診療報酬請求書（医 科・入 院）

保 險 者 （ 別 記 ） 殿
 下記のとおりに請求する。

保険医療機関の所在地
 及び名称 電話番号
 開 設 者 氏 名

㊦

平成 年 月 日

保 險 者 番 号	都道府 県番号	医 療 機 関 コ ー ド	表 別
	1 3		医 科 1

〔国民健康保険〕

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
一 般 被 保 險 者	七〇歳以上	8 請求 ※	81					
		7 請求 ※	71					
	一般被保険者	請求 ※	3					
		7 請求 ※	1					
	6歳未満	請求 ※	31					
退 職 者	七〇歳以上	9 請求 ※	95					
		7 請求 ※	79					
	本人	請求 ※	75					
	被扶養者	請求 ※	77					
	6歳未満	請求 ※	37					

〔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 ※							
	請求 ※							

※ 高額療養費	一 般 被 保 險 者	件数		退 職 者	件数		
		金額			金額		
			円				円

※欄は記入しないで下さい。

(2015. 4)