



国保 令和 年 月分診療報酬請求書（医 科・入 院 外）

保 險 者 （ 別 記 ） 殿

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

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			件 数	診 療 実 日 数	点 数	一 部 負 担 金	
一 般 被 保 險 者	七 〇 歳 以 上	8 請求	82				
		※決定					
	7 割	請求	72				
		※決定					
	一 般 被 保 險 者	割	請求	4			
			※決定				
7 割	請求	2					
	※決定						
者	6歳未満	請求	32				
		※決定					
退 職 者	七 〇 歳 以 上	9 請求	96				
		※決定					
	7 割	請求	70				
		※決定					
	本 人	割	請求	76			
			※決定				
被扶養者	割	請求	8				
		※決定					
者	6歳未満	請求	38				
		※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				
	請求					
		※決定				

※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。

令和元年5月改正