

国保

平成 年 月分診療報酬請求書 (歯科・入院)

都道府 医療機関
 県番号 1 3 コード

保険者

--	--	--	--	--

 殿
 (別 記)

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

〔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 割 ※	81						
		7 請求 割 ※		71					
	一般被保険者	請求 割 ※	3						
		7 請求 割 ※		1					
者	6歳未満	請求 ※	31						
		※							
退 職 者	七〇歳以上	9 請求 割 ※	95						
		7 請求 割 ※		79					
	職本人	請求 ※	75						
		被扶養者		請求 ※	77				
者	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	

※欄は記入しないで下さい。