

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

〔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。