

国保

平成 年 月分診療報酬請求書 (歯科・入院外)

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				件 数	診 療 実 日 数	点 数	一 部 負 担 金
一 般 被 保 険 者	七 〇 歳 以 上	8	請求	82			
			※決定				
	7	請求	72				
		※決定					
	一 般 被 保 険 者	請求	4				
		※決定					
7	請求	2					
	※決定						
6歳未満	請求	32					
	※決定						
退 職 者	七 〇 歳 以 上	9	請求	96			
			※決定				
	7	請求	70				
		※決定					
	職 本 人	請求	76				
		※決定					
被 扶 養 者	請求	8					
	※決定						
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 険 者	件数		退 職 者	件数	
		金額			金額	

※欄は記入しないで下さい。