



国保 令和 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

㊞

令和 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 割	請求	72				
		※決定					
	一 般 被 保 険 者	割	請求	4			
			※決定				
7 割	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 割	請求	70				
		※決定					
	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	
			円			円

※欄は記入しないで下さい。

令和元年5月改正