

平成 年 月分

診療報酬請求書(医科・歯科)

保険者

--	--	--	--	--	--

都道府
県番号

40

医療機関
コード

国保組合 殿

下記のとおり請求する。
平成 年 月 日

保険医療機関の
所在地及び名称
電話番号
開設者氏名



国民健康保険

		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	
国民健康 保険者	七〇歳以上 (一般・低所得)	請求	⑦ 入院			円			円	円
			⑧ 入院外							
		※決定	⑦ 入院							
			⑧ 入院外							
		七〇歳以上 八割	請求	⑨ 入院						
				⑩ 入院外						
	※決定		⑨ 入院							
			⑩ 入院外							
	七〇歳以上 七割		請求	⑨ 入院						
				⑩ 入院外						
		※決定	⑨ 入院							
			⑩ 入院外							
一般被 保険者		請求	入院	8割						
				7割						
	割									
	入院外	8割								
		7割								
		割								
※決定	入院	8割								
		7割								
		割								
入院外	8割									
	7割									
	割									
六 歳	請求	③ 入院								
		④ 入院外								
	※決定	③ 入院								
		④ 入院外								

注意 ※印の欄は記入しないこと。