## 平成 年 月分

## 診療報酬請求書(医科・歯科)

3 9	
-----	--

都道府 具番号

様

式

第

八

**(1)** 

各 広 域 連 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

後期高齢者医療

電話番号 開設者氏名

									療養	の	給	付				療養・生活療え	<b>É</b>
										0)	市口					,	T
							件	数	診療実日数	点		数	一部負担金	件 数	如 数	金額	標準負担額
39	後	請	7	入		院							円			円	円
後	期	求	8	入	院	外											
期	九	<b>※</b> 決	7	入		院											
高	割	定	8	入	院	外											
齢	後	請	9	入		院											
者	期	求	0	入	院	外											
医	七	<b>※</b>	9	入		院											
療	割	決定	0	入	院	外											

## 公費負担医療

									療	養	0)	給 付					食事	療養・	生活療養	£
					件	数	診実	療日数	点		数	一部負担金	患者負担額	件	数	回	数	金	額	標準負担額 (公費分)
	請	入		院																
	求	入	院	外																
	※決定	入		院																
		入	院	外																
	請	入		院																
	求	入	院	外																
	※ 決定	入		院																
		入	院	外																
	請	入		院																
	求	入	院	外																
	<b>※</b> 決	入		院																
	定	入	院	外																
	請	入		院																
	求※決定	入	院	外																
		入		院																
		入	院	外																
	請	入		院																
	求 ※決定	入	院	外																
		入		院																
	定	入	院	外																

備	- <del>1 y</del> .			
11亩	7			
ν <del>m</del>	77			

※言類伝差弗	件数	
※局額頒養貿	金額	円