

令和 年 月分

診療報酬請求書(医科・歯科)

様式第六(二)

保険者

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

都道府  
県番号

40

医療機関  
コード

( )殿

下記のとおり請求する。  
令和 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

㊞

公費負担医療

		療養の給付					食事療養・生活療養				標準負担額 (公費分)
		件数	診療 実日数	点数	一部負担金	患者負担額	件数	回数	金額	額	
請求	入院										
	入院外										
	※決定	入院									
	※決定	入院外									
請求	入院										
	入院外										
	※決定	入院									
	※決定	入院外									
請求	入院										
	入院外										
	※決定	入院									
	※決定	入院外									
請求	入院										
	入院外										
	※決定	入院									
	※決定	入院外									
請求	入院										
	入院外										
	※決定	入院									
	※決定	入院外									
請求	入院										
	入院外										
	※決定	入院									
	※決定	入院外									

備考
----

※高額療養費	70 一般被保険者	件数 金額		円	71 退職者	件数 金額		円
--------	-----------	----------	--	---	--------	----------	--	---

(注) ※印の欄は記入しないこと。