

令和 年 月分

診療報酬請求書(医科・歯科)

3	9					
---	---	--	--	--	--	--

都道府
県番号 40

医療機関
コード

様
式
第
八

各 広 域 連 合 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



後期高齢者医療

③9	後 期 高 齢 者 医 療	請 求 ※ 決 定	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	
後 期 九 割	請 求	⑦ 入 院				円				円	円
		⑧ 入 院 外									
後 期 七 割	請 求	⑨ 入 院									
		⑩ 入 院 外									
後 期 九 割	※ 決 定	⑦ 入 院									
		⑧ 入 院 外									
後 期 七 割	※ 決 定	⑨ 入 院									
		⑩ 入 院 外									

公費負担医療

	請 求 ※ 決 定	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	患 者 負 担 額	件 数	回 数	金 額	標 準 負 担 額 (公費分)
請 求	入 院									
	入 院 外									
※ 決 定	入 院									
	入 院 外									
請 求	入 院									
	入 院 外									
※ 決 定	入 院									
	入 院 外									
請 求	入 院									
	入 院 外									
※ 決 定	入 院									
	入 院 外									
請 求	入 院									
	入 院 外									
※ 決 定	入 院									
	入 院 外									

備 考

※高額療養費	件数	
	金額	円

(注1) ※印の欄は記入しないこと。