

令和 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。
 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

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	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							
健康被保険者	一般被保険者	請求	8割 入院							
			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。