様式第八

令和　年　月分　診療報酬請求書(医科・歯科)

3	9						

各　広　域　連　合　殿

都道府県番号 40　医療機関コード

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

				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
㊴ 後期高齢者医療	一般・後期高齢低所得	請求	⑦ 入院				円			円	円
			⑧ 入院外								
		※決定	⑦ 入院								
			⑧ 入院外								
	後期高齢七割	請求	⑨ 入院								
			⓪ 入院外								
		※決定	⑨ 入院								
			⓪ 入院外								

公費負担医療

			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									
	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。