

保険者番号						医療機関コード		表別	給付割合	
保険者名							保険医療機関の所在地及び名称	歯科	7	8
令和 年 月 日							開設者氏名	3	9	10

下記の通り請求する。

区分	療養の給付					食事療養・生活療養				
	件数	診療実日数	点数	薬剤一部負担金	一部負担金	件数	日数/回数	金額	標準負担額	
国民健康保険	一般被保険者	七〇以上	入院						円	円
		入院外								
	七〇以上	入院							円	円
		入院外								
	一般被保険者	入院							円	円
		入院外								
	六歳未満	入院							円	円
		入院外								
	一般公費負担医療	入院								長期高額療養費件数
		入院外								
	本人	入院							円	円
		入院外								
七〇以上	入院							円	円	
	入院外									
七〇以上	入院							円	円	
	入院外									
被扶養者	入院							円	円	
	入院外									
六歳未満	入院							円	円	
	入院外									
退職者公費負担医療	入院								長期高額療養費件数	
	入院外									
本人	入院									
	入院外									

(注意) 1. 国保一般被保険者分について、請求書は給付割合別に作成してください。
2. 給付割合欄は該当箇所(数字)を○で囲んで下さい。