

令和 年 月 分

診療報酬請求書

広域連合番号	3	9							医療機関コード		表別
広域連合									保険医療機関の 所在地及び名称 開設者氏名	歯科	
令和 年 月 日 下記の通り請求する。										3	

区分	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	日数/回数	金額	標準負担額
後期高齢者 九割	入院			円				円
	入院外			円				円
後期高齢者 七割	入院			円			円	円
	入院外			円				円
後期高齢者医療 公費負担医療	入院			円			長期高額療養費件数	
				円				
	入院外			円				
				円				
	入院			円				
				円				
	入院外			円				
				円				
	入院			円				
				円				
入院外			円					
			円					

備考

※ 1. 請求書は各都道府県単位で作成してください。
 2. 公費負担医療欄については、制度毎に記載して下さい。（再掲）