

平成 年 月 分 診療報酬請求書

審査済  
印

保険者

保険医療機関の  
所在地及び名称

市 町 村 長 殿  
組 合

電話番号  
開設者氏名

印

下記のとおり請求する。  
平成 年 月 日

医科

保 険 者 番 号	県 番 号	医 療 機 関 コ ー ド
：	：	：

国民健康保険

種 別	入 外	療 養 の 給 付				食 事 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
一 般 (70歳以上8割)	入 院				円			円	円
	入 院 外								
一 般 (70歳以上7割)	入 院								
	入 院 外								
一 般 被 保 険 者	7割	入 院							
		入 院 外							
	8割	入 院							
		入 院 外							
	9割	入 院							
		入 院 外							
	10割	入 院							
		入 院 外							
退 職 (本 人)	入 院								
	入 院 外								
退 職 (70歳以上9割)	入 院								
	入 院 外								
退 職 (70歳以上7割)	入 院								
	入 院 外								
退 職 (被扶養者)	入 院								
	入 院 外								
退 職 (法 定 外)	入 院								
	入 院 外								

老人保健

		療 養 の 給 付				食 事 療 養			
老人9割	入 院								
	入 院 外								
老人7割	入 院								
	入 院 外								
	入 院								
	入 院 外								

公費負担医療(再掲)

		療 養 の 給 付				食 事 療 養			
	入 院								
	入 院 外								
	入 院								
	入 院 外								
	入 院								
	入 院 外								

※高額療養費	一般 被保険者	件数 金額		退職者	件数 金額	
--------	------------	----------	--	-----	----------	--

注意 「一部負担金」の項は、薬剤一部負担金を除いた金額を記載すること。