

# 平成 年 月 分 診療報酬請求書



保険者

広域連合 殿

保険医療機関の  
所在地及び名称  
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

広域連合番号						県番号		医療機関コード						
3	9					0	7							

後期高齢者医療

種別	入外	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
後期高齢 (9割)	入院				円			円	円
	入院外								
後期高齢 (7割)	入院								
	入院外								

公費負担医療(再掲)

		療養の給付				食事療養・生活療養			
	入院								
	入院外								
	入院								
	入院外								
	入院								
	入院外								
	入院								
	入院外								
	入院								
	入院外								
	入院								
	入院外								
	入院								
	入院外								
	入院								
	入院外								

※ 高額療養費	件数	
	金額	円

注) ※印の欄は記入しないこと。