

# 診療報酬請求書（公費負担者医療）

保険者番号					県番号		医療機関コード					
					2	0						

公費負担医療

	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
○	請求	入 1							
		外 2							
	※決定	入 1							
		外 2							
○	請求	入 1							
		外 2							
	※決定	入 1							
		外 2							
○	請求	入 1							
		外 2							
	※決定	入 1							
		外 2							
○	請求	入 1							
		外 2							
	※決定	入 1							
		外 2							
○	請求	入 1							
		外 2							
	※決定	入 1							
		外 2							
○	請求	入 1							
		外 2							
	※決定	入 1							
		外 2							

注意 ※印の欄は、記入しないこと