

令和 年 月分 診療報酬請求書(医科・歯科)

保険医療機関の所在地及び名称・開設者氏名・電話番号

保険者
()殿

下記のとおり請求する。

令和 年 月 日

国民健康保険

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

	入 外	療養の給付				食事療養・生活療養				様 式 第 六		
		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			
(25-8) 一般被保険者 (70歳以上一般・ 低所得)	請求	入	1							円	円	注 意 ※印の欄は、記入しないこと
		外	2									
	※決定	入	1									
		外	2									
(25-7) 一般被保険者 (70歳以上7割)	請求	入	1									
		外	2									
	※決定	入	1									
		外	2									
(25) 一般被保険者	請求	入	1									
		外	2									
	※決定	入	1									
		外	2									
(25-5) 一般被保険者 (6歳)	請求	入	1									
		外	2									
	※決定	入	1									
		外	2									
(67-3) 退職 (本人)	請求	入	1									
		外	2									
	※決定	入	1									
		外	2									
(67-4) 退職 (被扶養者)	請求	入	1									
		外	2									
	※決定	入	1									
		外	2									
(67-5) 退職 (6歳)	請求	入	1									
		外	2									
	※決定	入	1									
		外	2									

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