

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

() 広域連合 殿

下記のとおり請求する。

令和 年 月 日

後期高齢者医療

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-----|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|---|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 広域連合番号 | 県番号 | 医療機関コード | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;">2</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">0</td> </tr> </table> | 2 | 0 | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table> | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | 入 外 | 療養の給付 | | | | 食事療養・生活療養 | | | | 様式 第八 |
|--------------------------|--------|-------|-------|----|-------|-----------|----|----|-------|----------|
| | | 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 | |
| (39-9) 後期高齢 一般・低所得 | 請求 | 入 1 | | | 円 | | | 円 | 円 | |
| | | 外 2 | | | | | | | | |
| | ※決定 | 入 1 | | | | | | | | |
| | | 外 2 | | | | | | | | |
| (39-7) 後期高齢 7割 | 請求 | 入 1 | | | | | | | | |
| | | 外 2 | | | | | | | | |
| | ※決定 | 入 1 | | | | | | | | |
| | | 外 2 | | | | | | | | |

公費負担医療

| | 入 外 | 療養の給付 | | | | 食事療養・生活療養 | | | | 注意 ※印の欄は、 記入しないこと |
|---|--------|-------|-------|----|-------|-----------|----|----|----------------|-------------------------|
| | | 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 (公費分) | |
| ○ | 請求 | 入 1 | | | 円 | | | 円 | 円 | |
| | | 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 | | | | | | | | |

| | | |
|--------|----|---|
| ※高額療養費 | 件数 | |
| | 金額 | 円 |