

国保

平成 年 月分診療報酬請求書（医科・入院）

後期高齢者医療広域連合（別記）

保険医療機関の所在地

及び名称 電話番号

下記のとおり請求する。

開設者氏名

㊞

平成 年 月 日

| 広域連合番号 | | | | 都道府県番号 | 医療機関コード | | | | 表別 | | | |
|--------|---|---|---|--------|---------|---|--|--|----|--|----|---|
| 3 | 9 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3 | | | | | 医科 | 1 |

[後期高齢者医療]

| 区分 | | 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 |
| 9割 | 請求 | 19 | | | | | | | |
| | ※決定 | | | | | | | | |
| 7割 | 請求 | 17 | | | | | | | |
| | ※決定 | | | | | | | | |

[公費負担医療]

| 区分 | | 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 | | | | | | | | |
| | ※決定 | | | | | | | | |

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

円

※欄は記入しないで下さい。