

国保 平成 年 月分診療報酬請求書（医 科・入 院 外）

保 險 者 （ 別 記 ） 殿

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

保 險 者 番 号				都道府 県番号	医 療 機 関 コ ー ド				表 別		
				1 3						医 科	1

〔国民健康保険〕

区 分				件 数	診 療 実 日 数	点 数	一 部 負 担 金
一 般 被 保 險 者	七 〇 歳 以 上	8 割	請求 ※決定	82			
		7 割	請求 ※決定	72			
	一 般 被 保 險 者	割	請求 ※決定	4			
		7 割	請求 ※決定	2			
	6歳未満		請求 ※決定	32			
	退 職 者	七 〇 歳 以 上	9 割	請求 ※決定	96		
7 割			請求 ※決定	70			
本 人		請求 ※決定	76				
被扶養者		請求 ※決定	8				
6歳未満		請求 ※決定	38				

〔老人保健：平成20年3月診療分まで〕

区 分				件 数	診 療 実 日 数	点 数	一 部 負 担 金
老 人 9 割	請求		29				
	※決定						
老 人 7 割	請求		27				
	※決定						

〔公費負担医療〕

区 分				件 数	診 療 実 日 数	点 数	一 部 負 担 金
		請求					
		※決定					
		請求					
		※決定					

※高額療養費	一 般 被 保 險 者	件数 金額		退 職 者	件数 金額		※高額医療費	老 人 保 健	件数 金額	
			円			円				円

※欄は記入しないで下さい。

(2008. 4)