

国 保

(歯 科)

平成 年 月分 診療報酬総括請求書

都道府県番号	医療機関コード
1 3	

〒

保険医療機関所在地

名 称 (電 話)

開 設 者 氏 名

印

指導整備委員会印	連合会受付印	審査委員会印

国 保 分	区 分		療 養 の 給 付			食 事 ・ 生 活 療 養	
			件 数	点 数	公費併 用件数	件 数	金 額
都 内 分	国 保						
	退職者						
	老健※						
	計						
都 外 分	国 保						
	退職者						
	老健※						
	計						

※平成20年3月診療分にて廃止となりました。月遅れ請求等がある場合について記入願います。

後 期 高 齢 者	区 分		療 養 の 給 付			食 事 ・ 生 活 療 養	
			件 数	点 数	公費併 用件数	件 数	金 額
都 内 分							
都 外 分							