

国保

平成 年 月分診療報酬請求書（歯 科・入 院 外）

都道府 医療機関
 県番号 1 3 コード

保 険 者

--	--	--	--	--

殿

保険医療機関の所在地
 及び名称 電話番号
 開 設 者 氏 名

(別 記)

㊞

平成 年 月 日

〔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 険 者	七 〇 歳 以 上	8 請求	82				
		※決定					
	7 割	請求	72				
		※決定					
	一 般 被 保 険 者	割	請求	4			
			※決定				
7 割	請求	2					
	※決定						
6歳未満	請求	32					
※決定							
退 職 者	七 〇 歳 以 上	9 請求	96				
		※決定					
	7 割	請求	70				
		※決定					
	本 人	請求	76				
		※決定					
被扶養者	請求	8					
	※決定						
6歳未満	請求	38					
※決定							

〔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	件数		退職者	件数		※高額医療費	老人保健	件数	
	被保険者	金額	円		金額	円			金額	円

※欄は記入しないで下さい。

(2 0 1 2 . 4)