

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	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
保 分	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をお願いします。

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					

電子媒体	FD	MO	CD-R	枚
------	----	----	------	---

紙 媒 体
-------

※該当に○をして下さい。なお、電子媒体(FD、MO、CD-R)の場合は、媒体枚数の記入をお願いします。  
※同月内に電子媒体と紙媒体(再請求分等)をご請求の場合は、媒体ごとに総括請求書の提出が必要となります。