

国保

令和 年 月分診療報酬請求書（医 科・入 院）

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

令和 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				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
一 般 被 保 險 者	七 〇 歳 以 上	8 割 ※	請求	81							
		7 割 ※	請求	71							
	一 般 被 保 險 者	割 ※	請求	3							
		7 割 ※	請求	1							
者	6歳未満	請求	31								
		※									

〔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								
	※								
	請求								
	※								

※ 高額療養費	一 般 被 保 險 者	件数	
		金額	

※欄は記入しないで下さい。