



国保

令和 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

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			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 請求	82			
		※決定				
	7 割	請求	72			
		※決定				
	一 般 被 保 險 者	請求	4			
		※決定				
	7 割	請求	2			
		※決定				
者	6歳未満	請求	32			
		※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	

※欄は記入しないで下さい。