



国 保

(歯 科)

令和 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

指導整備委員会印	連合会受付印	審査委員会印

国 保	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					

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。