



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 保険者	割 ※ 請求	3							
		7 割 ※ 請求	1							
者	6歳未満	※ 請求	31							
退 職 者	七〇歳以上	9 割 ※ 請求	95							
		7 割 ※ 請求	79							
	本 人	※ 請求	75							
	被扶養者	※ 請求	77							
	者	6歳未満	※ 請求	37						

〔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		退 職 者	件数	
		金額			金額	
			円			円

※欄は記入しないで下さい。