

令和 年 月分 診療報酬請求書 (医科・歯科)

保険者コード

--	--	--	--	--	--

県コード

32

医療機関コード

--	--	--	--	--	--

保険者名

様

下記のとおり請求する。

令和 年 月 日

保険医療機関の

所在地及び名称

開設者氏名

電話番号

公費負担医療 (再掲)

法別 番号	区 分	療養の給付			食事療養・生活療養			備考
		件数	点 数	患者負担額	件数	金額	負担額(公費分)	
10	結 核							
11	結核(命入)							
15	更生医療							
16	育成医療							
19	原爆医療							
20	精神(措置)							
21	精神通院							
23	療育医療							
24	療養介護医療							
38	肝炎医療							
51	特定疾患							
52	小児慢性							
53	児童福祉							
54	難病医療							
66	石綿医療							
79	障害児施設医療							
90	乳幼児等医療							
91	福祉医療							

注 1. 太枠欄のみ記入して下さい。

2. 公費再掲欄には一般、退職の入院、入院外を合算の上、記入して下さい。