

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

国民健康保険

保険医療機関の

所在地及び名称

開設者氏名

電話番号

| 国民健康保険 ②⑤ | 一般(七〇歳以上) | 請求 決定 | 入院① 入院外② | 療養の給付 | | | | 食事療養・生活療養 | | | | 長件数 再掲 |
|----------------------|----------------|----------|-------------|-------|-------|----|------------|-----------|----|---------|------------|-----------|
| | | | | 件数 | 診療実日数 | 点数 | 一部負担金 円 | 件数 | 回数 | 金額 円 | 標準負担額 円 | |
| 国民健康 保 險 ②⑤ | 一般(七〇歳以上) ① | 請求 | 入院① | | | | | | | | | |
| | | | 入院外② | | | | | | | | | |
| | | 決定 | 入院① | | | | | | | | | |
| | | | 入院外② | | | | | | | | | |
| | 一般(七〇歳) ② | 請求 | 入院① | | | | | | | | | |
| | | | 入院外② | | | | | | | | | |
| | | 決定 | 入院① | | | | | | | | | |
| | | | 入院外② | | | | | | | | | |
| 一般 ③ | 請求 | 入院① | | | | | | | | | | |
| | | 入院外② | | | | | | | | | | |
| | 決定 | 入院① | | | | | | | | | | |
| | | 入院外② | | | | | | | | | | |
| 一般 ④ | 請求 | 入院① | | | | | | | | | | |
| | | 入院外② | | | | | | | | | | |
| | 決定 | 入院① | | | | | | | | | | |
| | | 入院外② | | | | | | | | | | |

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ください。

2. 公費再掲欄には一般の各区分①～④ (入院、入院外) を合算の上、記入してください。