

令和 年 月分 診療報酬請求書 (医科・歯科)

県コード  
32

医療機関コード

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

広域連合様

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

後期高齢者医療

			療養の給付			食事療養・生活療養				備考		
			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	
後 期 高 齢 者 ③	一般・低所得者①	請求	入院①						円	円		
			入院外②									
		決定	入院①									
			入院外②									
	7割②	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							
19	原爆医療							
20	精神(措置)							
21	精神通院							
24	療養介護医療							
38	肝炎医療							
51	特定疾患							
53	児童福祉							
54	難病医療							
66	石綿医療							
79	障害児施設医療							
91	福祉医療							

- 注 1. 太枠欄のみ記入してください。  
2. 公費再掲欄には各区分①②(入院、入院外)を合算の上、記入してください。