

平成 年 月分 診療報酬請求書（歯科）

保険者

様

保険医療機関の
所在地及び名称
電話番号
開設者氏名

印

下記のとおり請求する。

平成 年 月 日

保険者番号	県番号	医療機関コード	表別
10			3

区分	療 養 の 給 付						食 事 療 養 ・ 生 活 療 養				
	件数	公費分件数 (再掲)	福祉分件数 (再掲)	日数	点数	一部負担金	件数	回数	金額	標準負担額	
老人 保 健	九割	請求①	入院								
		入院外									
	※決定	入院									
		入院外									
	七割	請求②	入院								
		入院外									
※決定	入院										
	入院外										
旧老人	請求③	入院									
	入院外										
人	※決定	入院									
	入院外										

- 注 1 「※決定」欄は記載しないでください。
 2 公費分件数欄は公費負担医療費の件数を、福祉分件数欄は福祉医療費の件数を再掲してください。
 3 区分の「旧老人」欄は平成14年9月診療分以前のレセプトに係わる請求がある場合に記載してください。