

# 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	
国民健康保険	本人七割	請求①	入院 入院外								
		※決定	入院 入院外								
七〇歳以上九割	七〇歳以上九割	請求②	入院 入院外								
		※決定	入院 入院外								
退職者	七〇歳以上七割	請求③	入院 入院外								
		※決定	入院 入院外								
被扶養者七割	被扶養者七割	請求④	入院 入院外								
		※決定	入院 入院外								
被扶養者六割	被扶養者六割	請求⑤	入院 入院外								
		※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 区分欄の「七〇歳以上九割」及び「七〇歳以上七割」は平成20年3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。

退

職