

令和 年 月分 後期高齢者医療診療報酬等請求総括表

| | |
|--------|-----|
| 表 別 | 医 科 |
| | 歯 科 |
| | 調 剤 |
| | 訪 問 |

| |
|----------|
| 医療機関等コード |
| |

保険医療機関等の
所在地及び名称
電 話 番 号
開 設 者 氏 名

| | 広域連合所在都道府県名 | 割合 | 入 院 | | 入 院 外 | |
|----|-------------|----|-----|-----|-------|-----|
| | | | 件 数 | 点 数 | 件 数 | 点 数 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 5 | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 10 | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 15 | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 20 | | | | | | |
| | 小 計 | | | | | |
| | 合 計 | | | | | |

- 注 1 表別欄は該当箇所を○で囲んでください。
 2 割合欄は給付割合を記載してください。
 3 総括表が2枚以上にわたる場合は、1枚目の合計欄に総合計を記載してください。
 4 訪問看護は請求金額を点数欄に記載してください。
 5 公費負担医療等に係る記載は必要ありません。

