

令和 年 月分 診療報酬請求書（医科）

保 險 者

後期高齢者医療広域連合様

保険医療機関の
所在地及び名称
電 話 番 号
開 設 者 氏 名

下記のとおり請求する。

令和 年 月 日

保険者番号						県番号	医療機関コード						表別
3	9					1	0						1

後期高齢者医療

			療 養 の 給 付				食 事 療 養 ・ 生 活 療 養			
			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 九期 割高 齢	請求①	入 院								
		入院外								
	※決定	入 院								
		入院外								
後 七期 割高 齢	請求②	入 院								
		入院外								
	※決定	入 院								
		入院外								

公費負担医療（再掲）

			療 養 の 給 付				食 事 療 養 ・ 生 活 療 養			
			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
	請求	入 院								
		入院外								
	※決定	入 院								
		入院外								
	請求	入 院								
		入院外								
	※決定	入 院								
		入院外								
	請求	入 院								
		入院外								
	※決定	入 院								
		入院外								
	請求	入 院								
		入院外								
	※決定	入 院								
		入院外								

備 考

注 1 「※決定」欄は記載しないでください。