

令和 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

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
						1	0									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
国 民 健 康 保 険 （ 一 般 被 保 険 者 ）	七〇歳以上一般・低所得	請求① 入院									
		入院外									
	※決定	入院									
		入院外									
	七〇歳以上七割	請求② 入院									
		入院外									
	※決定	入院									
		入院外									
	被保険者七割	請求③ 入院									
		入院外									
	※決定	入院									
		入院外									
被 保 険 者 （ 六 歳 ）	被保険者七割	請求④ 入院									
		入院外									
	※決定	入院									
		入院外									
	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。