

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	標準負担額
国 民 健 康 保 険 （ 退 職 被 扶 養 者 保 険 者 ）	本 人	請求①	入院										
			入院外										
	七 割	※決定	入院										
			入院外										
	七〇歳以上 九割	請求②	入院										
			入院外										
		※決定	入院										
			入院外										
	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	請求④	入院										
			入院外										
		※決定	入院										
			入院外										
者 ）	六 歳	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。