

令和 年 月分

診療報酬請求書(医科)

保険者

殿

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。

令和 年 月 日

保険者番号				県番号		医療機関コード			

国民健康保険

	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	
一般被 険者	70以上 低所得 一般・	請求	入院						
			入院外						
		※決定	入院						
			入院外						
	70以上 7割	請求	入院						
			入院外						
		※決定	入院						
			入院外						
	一般	請求	入院						
			入院外						
		※決定	入院						
			入院外						
6 歳	請求	入院							
		入院外							
	※決定	入院							
		入院外							
退 職 者	本人	請求	入院						
			入院外						
		※決定	入院						
			入院外						
	被扶 養者	請求	入院						
			入院外						
		※決定	入院						
			入院外						
	6 歳	請求	入院						
			入院外						
		※決定	入院						
			入院外						

- 注意
- ※印の欄は記入しないこと。
 - 請求書は各保険者(市町・国保組合)毎に1枚添付すること。

備考 この用紙は日本工業規格A列4番とすること。