

年
 月分 後期高齢者診療報酬請求書送り状(歯科)
 (国保連合会宛)入院外

レセ 区分	0	1	2	3
採択	③			
B.H				

保険医療機関
の所在地
及び名称

開設者氏名

府県

37

医療機関コード

区分 法制番号	請求		一部負担金 患者負担金	増減点		返戻		修正 区分	
	件数	点数		増	減	件数	点数		
39	9	後期 高齢者	9割						
	7		7割						

0	公 費 負 担 医 療								
0									
0									
0									
0									

- 注意 1, 必要な項目に記入してください。
 2, 公費負担医療は後期高齢者欄の再掲です。

