

平成 年 月 分

診療報酬請求書(歯科)入院外

保険者

殿

保険医療機関の
所在地及び名称

電話番号

下記のとおり請求する。

開設者氏名

印

平成 年 月 日

保険者番号				県番号		医療機関コード							
				3	7								

			療養の給付				備考
			件数	診療 実日数	点数	一部負担金	
国 保 被 保 険 者	70歳以上 一般低所得	請求					
		※決定					
	70歳以上 7割	請求					
		※決定					
	一 般	請求					
		※決定					
	6 歳	請求					
		※決定					
退 職 者	本 人	請求					
		※決定					
	70歳以上 9割	請求					
		※決定					
	70歳以上 7割	請求					
		※決定					
	被扶養者	請求					
		※決定					
	6 歳	請求					
		※決定					
老 人 保 健	9 割	請求					
		※決定					
	7 割	請求					
		※決定					

公 費 負 担 医 療	請求					
		※決定				
	請求					
		※決定				
請求						
	※決定					

※高額療養費	一般被保険者	件数		退職者	件数	
		金額			金額	

- 注意 1. ※印の欄は記入しないこと。
 2. 退職者70歳以上(9割・7割)と老人保健(9割・7割)の欄は平成20年3月診療分以前のレセプトに限りこの欄へ集計して下さい。
 3. 平成20年3月診療分以前の一般被保険者の70歳以上9割のレセプトは70歳以上(一般・低所得)の欄に集計して下さい。
 4. 請求書は各保険者(市町・国保組合)毎に1枚添付すること。