

平成 年 月 分

後期高齢者診療報酬請求書(医科)

広域連合 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。

平成 年 月 日

県番号		医療機関コード					

後期高齢者医療

			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
後期 高齢 割	請求	入院							円	円
		入院外								
	※決定	入院								
		入院外								
後期 高齢 割	請求	入院								
		入院外								
	※決定	入院								
		入院外								

公費負担医療

			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 (公費分)
	請求	入院							円	円
		入院外								
	※決定	入院								
		入院外								
	請求	入院								
		入院外								
	※決定	入院								
		入院外								
	請求	入院								
		入院外								
	※決定	入院								
		入院外								

※高額療養費	件数	
	金額	円

注意 1、※印の欄は記入しないこと。
備考 この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。