

平成 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

印

下記のとおり請求する。

平成 年 月 日

保 険 者 番 号	県 番 号	医 療 機 関 コー ド	表 別
1 0	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 險 一 般 被 保 険 者	七〇歳以上 請求①	入院								
		入院外								
	※決定	入院								
		入院外								
	七〇歳以上七割	入院								
		入院外								
	※決定	入院								
		入院外								
	被保険者七割	入院								
		入院外								
	※決定	入院								
		入院外								
	被保険者	入院								
		入院外								
	※決定	入院								
		入院外								
者	六歳	入院								
		入院外								
	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。