

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 人	本 請 求 ①	入院								
		入院外								
七 割	※ 決 定	入院								
		入院外								
七 〇 歳 以 上	本 請 求 ②	入院								
		入院外								
保 険	※ 決 定	入院								
		入院外								
七 〇 歳 以 上	本 請 求 ③	入院								
		入院外								
退 職	※ 決 定	入院								
		入院外								
被 扶 養 者	本 請 求 ④	入院								
		入院外								
保 険	※ 決 定	入院								
		入院外								
者 六 歳	本 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。