

# 平成 年 月分 診療報酬請求書（医科）

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		1

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 請求② 入院									
	入院外									
	※決定 入院									
	入院外									
	被保険者七割 請求③ 入院									
	入院外									
	※決定 入院									
	入院外									
	被保険者 請求④ 入院									
	入院外									
	※決定 入院									
	入院外									
者 六 歳 以 上	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。