

平成 年 月分 診療報酬請求書（医科）

保 險 者

後期高齢者医療広域連合様

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
3	9				10						1

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 九期 割高 齢	請求①	入院							
		入院外				/	/	/	/
	※決定	入院							
		入院外				/	/	/	/
後 七期 割高 齢	請求②	入院							
		入院外				/	/	/	/
	※決定	入院							
		入院外				/	/	/	/

公費負担医療（再掲）

		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
	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				/	/	/	/
	請求	入院							
		入院外				/	/	/	/
	※決定	入院							
		入院外				/	/	/	/

備 考

注1 「※決定」欄は記載しないでください。

後 期 高 齢