

令和 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。

令和 年 月 日

保 険 者 番 号					県 番 号		医 療 機 関 コー ド					表 別	
					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 険 一 般 被 保 険 者 六 歳	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 請求②	入院									
		入院外									
	※決定	入院									
		入院外									
	請求③	入院									
		入院外									
	※決定	入院									
		入院外									
	請求④	入院									
		入院外									
	※決定	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。