

令和 年 月分 後期高齢者医療診療報酬等請求総括表

表 別	医 科
	歯 科
	調 剤
	訪 問

医療機関等コード

保険医療機関等の  
所在地及び名称  
電 話 番 号  
開 設 者 氏 名

	広域連合所在都道府県名	割合	入 院		入 院 外	
			件 数	点 数	件 数	点 数
5						
10						
15						
20						
	小 計					
	合 計					

- 注 1 表別欄は該当箇所を○で囲んでください。  
 2 割合欄は給付割合を記載してください。  
 3 総括表が2枚以上にわたる場合は、1枚目の合計欄に総合計を記載してください。  
 4 訪問看護は請求金額を点数欄に記載してください。  
 5 公費負担医療等に係る記載は必要ありません。

