

令和 年 月分診療報酬請求書

医科

県番号	種別	医療機関
0 3	1	コード

保険者 殿

保険者 番号					
-----------	--	--	--	--	--

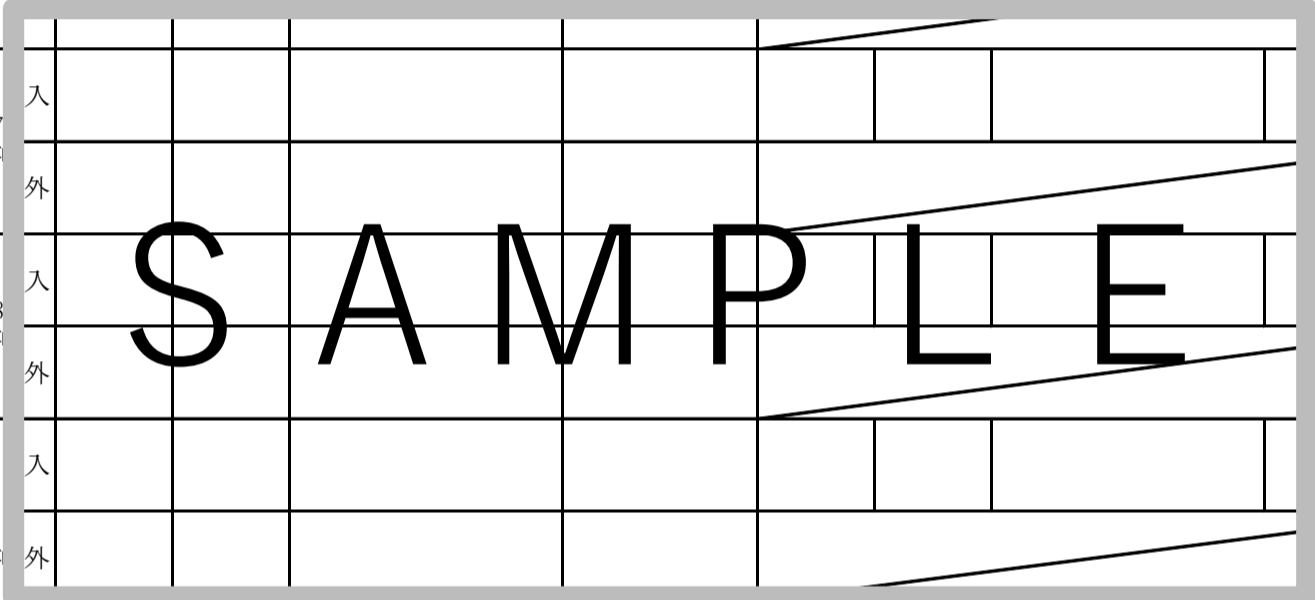
保険医療機関の
所在地及び名称
電話番号

下記のとおり請求する。

令和 年 月 日

開設者氏名

区分		療養の給付				食事療養・生活療養				長期高 額件数 (再掲)		
		件数	実日数	点数	一部負担金 (患者負担金)	件数	回数	金額	標準負担額 (公費分)			
請 求 保 険 者	国 民 健 康 保 険 者	一 般 被 保 険 者	70 歳 以 上	一 般 ・ 低 所 得	入							
					外							
		00	一 般 被 保 険 者	7 割	入							
					外							
		03	6 歳 未 満	8 割	入							
					外							
		00			入							
					外							



区分		療養の給付				食事療養・生活療養				長期高 額件数 (再掲)	
		件数	実日数	点数	一部負担金 (患者負担金)	件数	回数	金額	標準負担額 (公費分)		
請 求 保 険 者	感 染 症 法 37 条 の 2	10		入							
				外							
	自 立 支 援 医 療	21			外						
					入						
	特 定 疾 患	51			入						
					外						
	難 病 医 療	54			入						
					外						
					入						
					外						
					入						
					外						

令和 年 月分 後期高齢者医療診療報酬請求書

医科

県番号	種別	医療機関
0 3	1	コード

市町村 殿

保険者番号	3	9					
-------	---	---	--	--	--	--	--

保険医療機関の
所在地及び名称
電話番号

下記のとおり請求する。

令和 年 月 日

開設者氏名

区分	療養の給付				食事療養・生活療養				長期高額件数 (再掲)
	件数	実日数	点数	一部負担金 (患者負担金)	件数	回数	金額	標準負担額 (公費分)	
請求 後期高齢者医療 39	一般・低所得	入							
		外							
	7割	入							
		外							
区分	療養の給付	食事療養・生活療養							
	件数	実日数	点数	一部負担金 (患者負担金)	件数	回数	金額	標準負担額 (公費分)	
請求 (再掲) 医療	感染症	37条D2	10	入					
				外					
	公費	37条	11	入					
				外					
	負担	精神保健福祉法	20	入					
		自立支援医療	21	外					
	再掲	特定疾患	51	入					
				外					
	医療	難病医療	54	入					
				外					
	療			入					
				外					
			入						
			外						