

令和 年 月分診療報酬請求書

歯科

県番号	種別	医療機関
0 3	3	コード

保険者 殿

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

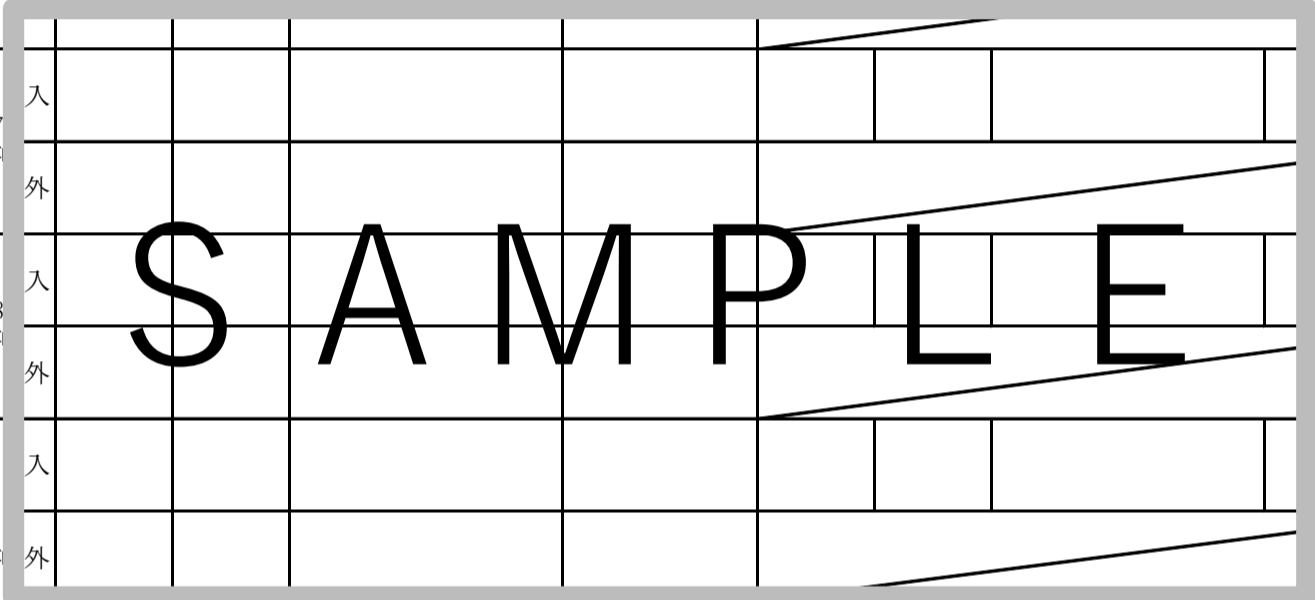
保険医療機関の  
所在地及び名称  
電話番号

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							
		7割 以上	7割 以上	入								
				外								
		00	一般被保険者	7割 未満	入							
					外							
		03	6歳未満	8割 未満	入							
					外							
		00	害	害	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	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

歯科

県番号	種別	医療機関
0 3	3	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								
S A M P L E										
区分	療 養 の 給 付				食 事 療 養 ・ 生 活 療 養				長期高 額件数 (公費分)	
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	公 費	感 染 症	37条の2	10	入					
					外					
	負 担	法	37条	11	入					
					外					
	再 掲	費	精神保健福祉法	20	入					
			自立支援医療	21	外					
	医 療	再 掲	特定疾患	51	入					
					外					
		再 掲	難病医療	54	入					
					外					
	医 療	再 掲			入					
					外					
療	再 掲			入						
				外						