

令和 年 月分診療報酬請求書

医科No. 1

保険者 殿

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

県番号	種別	医療機関
0 3	1	コード

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)		
請求者 健康 退職 者 保 険	国	一般	一般・低所得 70歳以上 7割	入						
			外							
	被 保 険 者	00	一般被保険者 7割	入						
				外						
	健 者	03	6歳未満 8割	入						
				外						
	康	00	割	入						
				外						
	退 職 者	01	本人 7割	入						
				外						
保 者	02	被扶養者 7割	入							
			外							
險	67	03	6歳未満 8割	入						
				外						

(注) No. 1、No. 2を併せて1保険者の請求書となります。

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 費 負 担 再 掲 医 療	感 染 症	37条の2	10	入									
				外									
	法	37条	11	入									
		精神保健福祉法		20	入								
		自立支援医療		21	外								
		特定疾患		51	入								
		小児慢性		52	入 外								
		児童福祉措置		53	入 外								
		難病医療		54	入 外								
					入 外								
				入 外									

SAMPLE

令和 年 月分 後期高齢者医療診療報酬請求書

医科

市町村 殿

県番号	種別	医療機関
0 3	1	コード

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				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 費 負 担 再 掲 医 療	感染症 37条の2	入	10						
		外							
	公 症 法 37条	入	11						
		外							
	精神保健福祉法	入	20						
	自立支援医療	外	21						
	特定疾患	入	51						
		外							
	難病医療	入	54						
		外							
医 療	入								
	外								
	入								
	外								