

令和 年 月分診療報酬請求書

歯科No. 1

保険者 殿

県番号	種別	医療機関
0 3	3	コード

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)		
請求者健康保険者	国	一般	一般・低所得	入						
			70歳以上	外						
	被保険者	70歳以上	7割	入						
			外							
	健康	00	一般被保険者	7割	入					
			外							
	者	03	6歳未満	8割	入					
			外							
	健康	00			入					
			割	外						
	退保	01	本人	7割	入					
			外							
職者	02	被扶養者	7割	入						
		外								
険	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 負 担 再 掲 医 療	感 染 症 法	37条の2	10	入									
			外										
		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	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

歯科

市町村 殿

県番号	種別	医療機関
0 3	3	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				標準負担額 (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		
請求 費 負 担 医 療 (再掲)	感染症 37条の2	入	10						
		外							
	公費 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							
	入								
	外								
	入								
	外								
	入								
	外								