

令和 年 月分 診療報酬請求書 (医科)

(この欄は国保連合会が記入します。)

区分	係	担当	冊番
9			
保 険 者 番 号			
3	9		

保険医療機関
所在地
名称
電話番号
開設者氏名

広域連合 殿

印

県番号	保険医療機関コード
15	

表別	
医科	1

下記のとおり請求します。 令和 年 月 日

後期高齢者医療

区 分			療養の給付				食事療養・生活療養			
			件数	診療実日数	点数	一部負担金	件数	回数	金額	標準負担額
後 期 高 齢	一般・低所得 後期高齢者	39	1 入院			/				
			2 入院外							
	3 入院									
	4 入院外									
請 求 （ 公 費 負 担 医 療 ）	県単医療	61 県障			/					
		64 県親								
	1 入院									
		2 入院外								
	公費負担医療	1 入院								
		2 入院外								
	1 入院									
		2 入院外								
	1 入院									
		2 入院外								
	1 入院									
		2 入院外								