

令和 年 月分 診療報酬請求書（府内・医科）

医科	1
----	---

医療機関コード

保険者名	市町村 国保組合					殿
保険者番号	2	7				

保険医療機関の

所在地及び名称

開設者氏名

電話

大阪市は274001と記入  
堺市は275008と記入

下記のとおり請求する。

令和 年 月 日

区分		療養の給付			食事療養・生活療養			備考		
		件数	点数	一部負担金	件数	金額	標準負担額			
入院	退職者医療 単独分	公費との併用		10						
		6歳	8割	11						
			一般	割	12					
	一般	7割	13							
		公費との併用		14						
	国民健康保険 単独分	6歳	8割	15						
			70歳以上	一割	16					
		70歳以上	7割	17						
			一般	割	18					
		一般	7割	19						
			公費との併用		20					
	入院 外	退職者医療 単独分	6歳	8割	21					
				一般	割	22				
			一般	7割	23					
		公費との併用		24						
		国民健康保険 単独分	6歳	8割	25					
				70歳以上	在・特医総管 在医総	26				
			70歳以上		一割	27				
				一般	7割	28				
一般			割		29					
			一般	7割	30					
合計		90								
※ 決定		90								

免	件
他	件

免は免除証明書該当件数、他は他府県公費所持者件数を記入願います。

注 ※印は記入しないでください。