

〔他府県用〕 令和 年 月分 診療報酬請求書 (医科)

保険者

都道府県

市町村 国保組合 殿

所在地
名称
開設者氏名
電話番号

下記のとおり請求する。

令和 年 月 日

保険者番号				県番号	医療機関コード				医科	1
				2 7						

国民健康保険

		療養の給付				食事療養・生活療養			
		件数	日数	点数	一部負担金	件数	回数	金額	標準負担額
一般(七〇歳以上)	請求	入院			円			円	円
		入院外							
※決定	入院								
	入院外								
一般(七〇歳以上七割)	請求	入院			円			円	円
		入院外							
※決定	入院								
	入院外								
一般被保険者	請求	入院			円			円	円
		入院外							
※決定	入院								
	入院外								
一般(六歳)	請求	入院			円			円	円
		入院外							
※決定	入院								
	入院外								
退職(本人)	請求	入院			円			円	円
		入院外							
※決定	入院								
	入院外								
退職(被扶養者)	請求	入院			円			円	円
		入院外							
※決定	入院								
	入院外								
退職(六歳)	請求	入院			円			円	円
		入院外							
※決定	入院								
	入院外								

公費負担者医療

		件数	日数	点数	一部負担金	件数	回数	金額	標準負担額 (公費分)
請求	入院				円			円	円
	入院外								
※決定	入院								
	入院外								
請求	入院				円			円	円
	入院外								
※決定	入院								
	入院外								

備考

免 件

免は免除証明書該当件数を記入願います。

※ 高額療養費

一般被保険者	件数		円	退職者	件数		円
	金額				金額		

注意 ※印の欄は記入しないこと。