

令和 年 月 分 診療報酬請求書（府内・歯科）

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

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。

保険医療機関の

所在地及び名称

開設者氏名

令和 年 月 日

電 話

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								
			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								
			割	16							
		70 歳以上	7 割	17							
			割	18							
		7 割	19								
	入 院 外	退職者医療 単独分	公費との併用		20						
			6 歳 8 割	21							
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								
			割	26							
		70 歳以上	7 割	27							
			割	28							
		7 割	29								
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。