

[他府県用] 令和 年 月 分 診療報酬請求書(歯科)

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			歯科	3
				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)歳以上	請求	入院				円			円	円
		入院外								
	※決定	入院								
		入院外								
一般(七)歳以上七割	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								
公費負担医療	請求	入院				円			円	円
		入院外								
	※決定	入院								
		入院外								

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		退職者	件数	
	金額	円		金額	円

注意 ※印の欄は記入しないこと。