

年 月

月分

診療報酬請求書送り状(歯科)

(国保連合会宛)入院外

レセ 区分	0	1	2	3
採択	③			
B.H	⋮			

審査支払様式第四号

保険医療機関
の所在地
及び名称
開設者氏名

府県

37

医療機関コード

--

区分 法制番号	請求		一部負担金 患者負担金	増減点		返戻		修正 区分	
	件数	点数		増	減	件数	点数		
00	9 — 8 0 3	一般 被 保 険 者	70歳以上 一般・低所得						
			70歳以上 7割						
			一般						
			6歳						
67	1 2 3	退 職 者	本人						
			被扶養者						
			6歳						

0	公								
0	費								
0	負								
0	担								
0	医								
0	療								

- 注意 1. 必要な項目に記入してください。
2. 公費負担医療は一般被保険者、退職者欄の再掲です。

