

令和 年 月分 後期高齢者 診療報酬請求書・入院時食事療養・生活療養 送り状(国保連合会宛)
歯科

保険医療機関
 の所在地
 及び名称
 開設者氏名

府県
37

| | |
|---------|---------|
| レセ区分 | 0 1 2 3 |
| 採択 | 3 |
| B.H | |
| 医療機関コード | |
| | |

審査支払様式第四号

| 区 法 制 番 | 分 号 | 療 養 の 給 付 | | | 増 減 | | 返 戻 | | 食 事 療 養 ・ 生 活 療 養 | | | 増 減 | | 返 戻 | | 修正 区分 | | |
|------------------|----------------------------|-----------|-------|-------|--------|--------|-----|--------|-------------------|-----|-------|--------|--------|-----|-----|----------|--|--|
| | | 件数 | 点数 | 一部負担金 | 増 減 | 点 数 | 件数 | 点 数 | 件数 | 金 額 | 標準負担額 | 増 減 | 額 額 | 件数 | 金 額 | | | |
| 39 | 9 後 期 高 齢 者 | 9 割 | 入 院 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 入 院 外 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 7 割 | 入 院 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 入 院 外 | | | | | | | | | | | | | | | | |

公費負担医療

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|---|------|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 11 | 0 | 感37条 | 入 院 | | | | | | | | | | | | | | |
| 21 | 0 | 精神通院 | 入 院 外 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 0 | | 入 院 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 入 院 外 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 0 | | 入 院 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 入 院 外 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 0 | | 入 院 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 入 院 外 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 0 | | 入 院 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 入 院 外 | | | | | | | | | | | | | | |

注 1、 の部分に記入してください。