

令和 年 月 分

診療報酬請求書(歯科)入院外

広域連合 殿

保険医療機関の
所在地及び名称

電話番号

下記のとおり請求する。

開設者氏名

印

県番号		医療機関コード					
3	7						

令和 年 月 日

後期高齢者医療

		療養の給付				備考
		件数	診療実日数	点数	一部負担金	
後期高齢 9割	請求				円	
	※決定					
後期高齢 7割	請求					
	※決定					

公費負担医療

		療養の給付				備考
		件数	診療実日数	点数	一部負担金	
	請求				円	
	※決定					
	請求					
	※決定					
	請求					
	※決定					
	請求					
	※決定					

備考

※高額療養費	件数	
	金額	円

注意 1. ※印の欄は記入しないこと。
 2. 公費負担医療は後期高齢者欄の再掲です。

備考 この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。