

年 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 3 0 9	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 3 2 1	退 職 者	本人						
		被扶養者						
		6歳						
0	公費							
0	負担							
0	医療							

- 注意 1, []の部分に記入して下さい。
 2, 公費負担医療は一般被保険者、退職者欄の再掲です。
 3, 法制番号の記入のない公費は、順次空欄に記入してください。