

年 月分 後期高齢者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	:			

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		
39	9	後期 高齢者	9割						
	7		7割						

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

- 注意
- 1, の部分に記入して下さい。
 - 2, 公費負担医療は後期高齢者欄の再掲です。
 - 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。