

平成 年 月分

診療報酬請求書(歯科)

医療機関コード

193

広域連合 殿

下記のとおり請求する。  
平成 年 月 日

保険医療機関の  
所在地及び名称  
電話番号  
開設者氏名

印

後期高齢者医療

		療養の給付				食事療養・生活療養			
		件数	診療実日数	点数	一部負担金	件数	回数	金額	標準負担額
後期 高齢 九割	請求	入院			円			円	円
		入院外							
	※決定	入院							
		入院外							
後期 高齢 七割	請求	入院							
		入院外							
	※決定	入院							
		入院外							

公費負担医療

82 (ひとり親)	請求	入院			円				
		入院外							
	※決定	入院							
		入院外							
	請求	入院							
		入院外							
	※決定	入院							
		入院外							
	請求	入院						円	円
		入院外							
	※決定	入院							
		入院外							
	請求	入院							
		入院外							
	※決定	入院							
		入院外							
	請求	入院							
		入院外							
	※決定	入院							
		入院外							

備	考	
---	---	--

注意 ※印の欄は記入しないこと。