

# 国民健康保険診療報酬請求書（医科・歯科）

令和 年 月 分

保険医療機関の所在地

保険者 様

名称

開設者氏名

下記のとおり請求する。

保険者番号	県番号	医療機関コード
2	8	

令和 年 月 日

請求区分	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		
国民健康保険	70歳以上 一般・低所得	入院			円			円	円	
		入院外								
	70歳以上 7割	入院								
		入院外								
	一般被保険者	入院								
		入院外								
	6歳	入院								
		入院外								
	退職者	本人	入院							
			入院外							
		被扶養者	入院							
			入院外							
6歳		入院								
		入院外								
請求合計	入院				円			円	円	
	入院外									
決定合計	入院				円			円	円	
	入院外									

請求区分	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 (公費分)	
公費負担医療		入院			円			円	円
		入院外							
		入院							
		入院外							

	総計 誤算		増減状況	
	増点	減点	増点	減点
入院				
入院外				

高額療養費			
一般被保険者		退職者	
件数	金額	件数	金額
	円		円

件	円
件	円

返戻	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
入院								
入院外								

備考 1 この用紙は、A列4番とすること。  
2 表については、太線の表のみ記入してください。