

後期高齢者医療診療報酬請求書（医科・歯科）

令和 年 月 分

保険医療機関の所在地

各広域連合 様

名 称

下記のとおり請求する。

開設者氏名

保険者番号				県番号	医療機関コード			
3	9						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	
一般後期 ・低所得	請求	入院			円			円	円
		入院外							
	※決定	入院							
		入院外							
七割 後期高齢	請求	入院							
		入院外							
	※決定	入院							
		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	請求	入院			円			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							

備考

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。

※高額療養費	件数	
	金額	円