

保険医療機関の
所在地及び名称
電話番号
開設者氏名

下記のとおり請求する。

令和 年 月 日

入 外 区 分	
入院	入院外

保 険 者 番 号				

県番号	表別	医 療 機 関 コ ー ド	
3 0 1			

※科別

(国民健康保険)

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
00	一 般 (70歳以上一般・ 低所得)	請求						
		※決定						
	一 般 (70歳以上7割)	請求						
		※決定						
	一 般 被保険者	請求						
		※決定						
	一 般 (6歳)	請求						
		※決定						
67	退 職 (本 人)	請求						
		※決定						
	退 職 (被扶養者)	請求						
		※決定						
	退 職 (6歳)	請求						
		※決定						

(公費負担医療)

		請求						
		※決定						
		請求						
		※決定						
		請求						
		※決定						
		請求						
		※決定						
		請求						
		※決定						

※高額療養費	一 般 被 保 険 者	件 数		退 職 者	件 数	
		金 額			金 額	

備考 1. この用紙は、A列4版クリーム色上質紙(55kg)とし黒色刷りとする。
2. 請求書は一般分と退職分をまとめて作成してください。
3. 入外別で作成して下さい。
4. ※印の欄は記入しないで下さい。

令和 年 月分 診療報酬請求書(医科 入院外)

保険医療機関の
所在地及び名称
電話番号
開設者氏名

下記のとおり請求する。

令和 年 月 日

保 険 者 番 号				

県番号	表別	医 療 機 関 コ ー ド		
3	0	1		

※科別

(国民健康保険)

入 院 外		件 数	診療実日数	点 数	一 部 負 担 金	備 考
00	一 般 (70歳以上一般・ 低所得)	請求				円
		※決定				
	一 般 (70歳以上7割)	請求				
		※決定				
	一 般 被保険者	請求				
		※決定				
67	退 職 (本 人)	請求				
		※決定				
	退 職 (被扶養者)	請求				
		※決定				
	退 職 (6歳)	請求				
		※決定				

様式第六(第二条関係)

[公費負担医療]

		請求				円
		※決定				
		請求				
		※決定				
		請求				
		※決定				
		請求				
		※決定				
		請求				
		※決定				

※高額療養費	一 般 被 保 険 者	件 数		退 職 者	件 数	
		金 額			金 額	

備考 1. この用紙は、A列4版クリーム色上質紙(55kg)とし黒色刷りとする。
2. 請求書は一般分と退職分をまとめて作成してください。
3. ※印の欄は記入しないで下さい。

保険医療機関の
所在地及び名称
電話番号
開設者氏名

下記のとおり請求する。

令和 年 月 日

入外区分	
入院	入院外

保険者番号					
3	9				

県番号	表別	医療機関コード		
3	0	1		

※科別

(後期高齢者医療)

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 円	件数	回数	金額 円	標準負担額 円
39	後期高齢9割	請求						
		※決定						
	後期高齢7割	請求						
		※決定						

様式第八(第二条関係)

(公費負担医療)

区分	請求	診療実日数	点数	一部負担金 円	食事療養・生活療養 件数	回数	金額 円	標準負担額 円
	請求							
	※決定							
	請求							
	※決定							
	請求							
	※決定							
	請求							
	※決定							
	請求							
	※決定							
	請求							
	※決定							
	請求							
	※決定							
	請求							
	※決定							
	請求							
	※決定							

備考 1. この用紙は、A列4版クリーム色上質紙(55kg)とし黒色刷りとする。
2. 入外別で作成して下さい。
3. ※印の欄は記入しないで下さい。

令和 年 月分 診療報酬請求書(医科 入院外)

保険医療機関の
所在地及び名称
電話番号
開設者氏名

下記のとおり請求する。

令和 年 月 日

保 険 者 番 号					
3	9				

県番号	表別	医 療 機 関 コ ー ド
3	0	1

※科別

〔後期高齢者医療〕

入 院 外		件 数	診療実日数	点 数	一 部 負 担 金	備 考
39	後 期 高 齢 9 割	請求				
		※決定				
	後 期 高 齢 7 割	請求				
		※決定				

様式第八(第二条関係)

〔公費負担医療〕

		請求				円	
		※決定					
		請求					
		※決定					
		請求					
		※決定					
		請求					
		※決定					
		請求					
		※決定					
		請求					
		※決定					
		請求					
		※決定					
		請求					
		※決定					

備考 1. この用紙は、A列4版クリーム色上質紙(55kg)とし黒色刷りとする。
2. ※印の欄は記入しないで下さい。