

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。

平成 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		
301				

科別	

(国民健康保険)

区分	療養の給付	件数	診療実日数	点数	一部負担金	食事療養・生活療養		
						件数	回数	金額
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						

様式第六(第一系関係)

(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。

平成 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。

平成 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。

平成 年 月分 診療報酬請求書(医科 入院・入院外併用)

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。

平成 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	01	

科別

(後期高齢者医療)

区分	療養の給付	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
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	療養の給付	食事療養・生活療養						
請求	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
	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。

平成 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。

平成 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			円	
		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				
		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。