

令和 年 月 分

診療報酬請求書(医科・歯科)

各 広 域 連 合 殿

保険者番号ごとに集計する。

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
3	9			3	9

保険医療機関の
所在地及び名称
開設者氏名

令和 年 月 日

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
8	1	請求	1 入院				円			円	円
			2 入院外								
		※決定	1 入院								
			2 入院外								
	2	請求	1 入院								
			2 入院外								
		※決定	1 入院								
			2 入院外								

後期高齢者医療レセプトの「本人・家族」欄が「7 高入-」「8 高外-」を集計する。

後期高齢者医療レセプトの「本人・家族」欄が「9 高入7」「0 高外7」を集計する。

公費負担医療

				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 (公費分)
		請求	1 入院								
			2 入院外								
		※決定	1 入院								
			2 入院外								
		請求	1 入院								
			2 入院外								
		※決定	1 入院								
			2 入院外								

公費法別番号(2桁)を記載。

■ 公費負担医療用の記載は県外分のみ必要(県内分は不要)

■ 県外分でも公費の記載が不要なもの

①高知県単独公費(公費法別43・46・73・74・75・76)の場合

②原爆医療(公費法別19)、B型肝炎(公費法別62)、石綿医療(公費法別66)の場合

備 考

※ 高額療養費	件 数	
	金 額	円

注意 ※印の欄は記入しないこと。

備考 この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。