

令和 年 月分

診療報酬請求書(医科・歯科 入院・入院外併用)

保険者  
( 別 記 ) 殿

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。

保険者番号					

県番号
25

医療機関コード

令和 年 月 日

			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	請求	92 入院	件	日	点	円	件	回	円	円
		91 入院外								
	※決定	入院								
		入院外								
	請求	82 入院								
		81 入院外								
	※決定	入院								
		入院外								
健	請求	72 入院								
		71 入院外								
	※決定	入院								
		入院外								
康	請求	32 入院								
		31 入院外								
	※決定	入院								
		入院外								
保	請求	852 入院								
		851 入院外								
	※決定	入院								
		入院外								
険	請求	772 入院								
		771 入院外								
	※決定	入院								
		入院外								
険	請求	372 入院								
		371 入院外								
	※決定	入院								
		入院外								

様式第六

保 険 者 番 号					

県番号
25

医 療 機 関 コ ー ド

			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 祉	請 求	402 入 院								
		401 入 院 外								
	※ 決 定	入 院								
		入 院 外								
費 負 担	請 求	入 院								
		入 院 外								
	※ 決 定	入 院								
		入 院 外								
医 療	請 求	入 院								
		入 院 外								
	※ 決 定	入 院								
		入 院 外								
療	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版クリーム色上質紙(55kg)とし黒刷りしてください。  
 2. ※印の欄は記入しないでください。  
 3. 請求欄は入院、入院外別に区分して集計してください。  
 4. 福祉医療については、公費負担医療の福祉欄に再掲し、福祉医療分を入院・入院外別に合計の上、記載してください。