

令和 年 月 分

診療報酬請求書(歯科 入院外)

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				備 考
		件 数	診療実日数	点 数	一 部 負 担 金	
国 民 健 康 保 険 者	一般被保険者 (70歳以上一般・低所得)	請 求 91	件	日	点	円
		※ 決 定				
	一般被保険者 (70歳以上7割)	請 求 81				
		※ 決 定				
	一般被保険者	請 求 71				
		※ 決 定				
	一般被保険者 (6歳)	請 求 31				
		※ 決 定				
	退 職 者	本 人	請 求 851			
			※ 決 定			
	6 歳	被扶養者	請 求 771			
			※ 決 定			
6 歳	6 歳	請 求 371				
		※ 決 定				
公 費 負 担 医 療	福 祉	請 求 401	件	日	点	円
		※ 決 定				
		請 求				
		※ 決 定				
		請 求				
		※ 決 定				
		請 求				
		※ 決 定				
		請 求				
		※ 決 定				

様式第六 (二)

- 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. 福祉医療については、公費負担医療の福祉欄(請求401)に再掲し、福祉医療分を合計の上、記載してください。