

保険者番号						医療機関コード*		表別	給付割合	
保険者名							保険医療機関の所在地及び名称	医科	7	8
令和 年 月 日							開設者氏名	1	9	10

下記の通り請求する。

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	日数/回数	金額	標準負担額		
国民健康保険	一般被保険者	七〇以上 七〇以下	入院					円	円	
			入院外							
		七〇以上	入院						円	円
			入院外							
		一般被保険者	入院						円	円
			入院外							
	公費負担医療	六歳	入院						円	円
			入院外							
		一般	入院						円	円
			入院外							
	健康保険	本人	入院						円	円
			入院外							
七〇以上 九割以上		入院						円	円	
		入院外								
七〇以上 七割以上		入院						円	円	
		入院外								
被扶養者		入院						円	円	
		入院外								
六歳		入院						円	円	
		入院外								
退職者公費負担医療		退職者	入院						円	円
			入院外							
	退職者	入院						円	円	
		入院外								

長期高額療養費件数

長期高額療養費件数

(注意) 1. 国保一般被保険者分について、請求書は給付割合別に作成してください。
2. 給付割合欄は該当箇所(数字)を○で囲んで下さい。