

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。

令和 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 |  |
|-----|----|---------------|--|
| 3   | 0  | 1             |  |

| ※科別 |
|-----|
|     |

(国民健康保険)

| 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               | 回 数 | 金 額 | 標 準 負 担 額 |
| 00  | 一 般<br>(70歳以上一般・<br>低所得) | 請求        |     |           |                   |     |     |           |
|     |                          | ※決定       |     |           |                   |     |     |           |
|     | 一 般<br>(70歳以上7割)         | 請求        |     |           |                   |     |     |           |
|     |                          | ※決定       |     |           |                   |     |     |           |
|     | 一 般<br>被保険者              | 請求        |     |           |                   |     |     |           |
|     |                          | ※決定       |     |           |                   |     |     |           |
|     | 一 般<br>(6歳)              | 請求        |     |           |                   |     |     |           |
|     |                          | ※決定       |     |           |                   |     |     |           |
| 67  | 退 職<br>(本 人)             | 請求        |     |           |                   |     |     |           |
|     |                          | ※決定       |     |           |                   |     |     |           |
|     | 退 職<br>(被扶養者)            | 請求        |     |           |                   |     |     |           |
|     |                          | ※決定       |     |           |                   |     |     |           |
|     | 退 職<br>(6歳)              | 請求        |     |           |                   |     |     |           |
|     |                          | ※決定       |     |           |                   |     |     |           |

(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。

様式第六(第二条関係)

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。

令和 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<br>(70歳以上一般・<br>低所得) | 請求  |           |     |           | 円   |
|             |                          | ※決定 |           |     |           |     |
|             | 一 般<br>(70歳以上7割)         | 請求  |           |     |           |     |
|             |                          | ※決定 |           |     |           |     |
|             | 一 般<br>被保険者              | 請求  |           |     |           |     |
|             |                          | ※決定 |           |     |           |     |
| 一 般<br>(6歳) | 請求                       |     |           |     |           |     |
|             | ※決定                      |     |           |     |           |     |
| 67          | 退 職<br>(本 人)             | 請求  |           |     |           |     |
|             |                          | ※決定 |           |     |           |     |
|             | 退 職<br>(被扶養者)            | 請求  |           |     |           |     |
|             |                          | ※決定 |           |     |           |     |
|             | 退 職<br>(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。

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。

令和 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  |       |    |            | 食事療養・生活療養 |    |         |            |
|----|--------|-------|----|------------|-----------|----|---------|------------|
|    | 件数     | 診療実日数 | 点数 | 一部負担金<br>円 | 件数        | 回数 | 金額<br>円 | 標準負担額<br>円 |
| 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 | 請求  | 診療実日数 | 点数 | 一部負担金<br>円 | 食事療養・生活療養<br>件数 | 回数 | 金額<br>円 | 標準負担額<br>円 |
|----|-----|-------|----|------------|-----------------|----|---------|------------|
|    | 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。

令和 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。

令和 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 |  |  |  |   |  |

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。