

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	3		

(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 (70歳以上一般・ 低所得)	請求			円	
		※決定				
	一 般 (70歳以上7割)	請求				
		※決定				
	一 般 被保険者	請求				
		※決定				
	一 般 (6歳)	請求				
		※決定				
67	退 職 (本 人)	請求				
		※決定				
	退 職 (被保険者)	請求				
		※決定				
	退 職 (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				
		請求				
		※決定				

※高額療養費	一 般 被 保 険 者	件 数		退 職 者	件 数	
		金 額	円		金 額	円

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。

令和 年 月分 診療報酬請求書(歯科 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

法別		保険者番号			
3	9				

県番号	表別	医療機関コード		
3	03			

(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 一般・低所得	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)

		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				

※高額療養費	件数	
	金額	円

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。

# 調剤報酬請求書

保険薬局の  
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	薬 局 コ ー ド
3 0 4		

(国民健康保険)

入 院 外		件 数	処方箋受付回数	点 数	一 部 負 担 金	備 考
00	一 般 (70歳以上一般・ 低所得)	請求				
		※決定				
	一 般 (70歳以上7割)	請求				
		※決定				
	一 般 被保険者	請求				
		※決定				
	一 般 (6歳)	請求				
		※決定				
67	退 職 (本 人)	請求				
		※決定				
	退 職 (被保険者)	請求				
		※決定				
	退 職 (6歳)	請求				
		※決定				

様式第七(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	円		金 額	円

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。

# 調剤報酬請求書

保険薬局の  
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	薬 局 コ ー ド			
3	0	4			

(後期高齢者医療)

入 院 外		件 数	処方箋受付回数	点 数	一 部 負 担 金	備 考
39	後 期 高 齢 一 般 ・ 低 所 得	請求				
		※決定				
	後 期 高 齢 7 割	請求				
		※決定				

様式第九(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				

※高額療養費	件 数	
	金 額	円

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。