

(2) 診療報酬請求書（後期高齢者医療） 様式第8（後期）

「39」を含む設定された番号8桁を記載してください。

都道府県名を記載してください。

後期高齢者医療の単独分及び公費負担医療費併用分明細書を
集計して記載する。
【一般・低所得】→給付割合9割と8割を合算して記載する。
【7割】→給付割合7割を集計して記載する。

区分の空欄に法別番号（番号の若い順）、を記載し制度
別に公費分明細書を集計して記載してください。（再掲）

令和 年 月 分 診療報酬請求書 歯科 3

保険者番号 3 9 | | | | | | | |

医療機関
コード _____

保険医療機関の所在地及び名称
開設者氏名 _____

後期高齢者医療
広域連合 殿

令和 年 月 日 下記のとおり請求する。

後期高齢者医療

区分	療 養 の 給 付			
	件 数	診療実日数	点 数	一部負担金
③⑨ 後期高齢者医療	①⑨ 後期高齢 一般・低所得	請求	入院外	
		※決定	入院外	
①⑦ 後期高齢 7割	請求	入院外		
	※決定	入院外		
公費負担医療				
	請求	入院外		
	※決定	入院外		
	請求	入院外		
	※決定	入院外		
	請求	入院外		
	※決定	入院外		

円

備 考

※高額療養費 件数 _____ 金額 _____ 円

設定された番号7桁を記載してください。

一部負担金を集計し記載してください。

様式第八