

# 令和 年 月診療報酬等請求総括表

歯科

<医療機関様用>

\* 太枠内のみご記入ください。

医療機関コード									
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

医療機関名称	電話番号(     )     -
--------	-------------------

請求書枚数		
	国保	後期
県内分	枚	枚
県外分	枚	枚

明細書件数			
国保	一 般	入院	件
		入院外	件
退職		入院	件
		入院外	件
合計			件
		入院	件
		入院外	件
合計			件
総合計			件

7万点以上明細書件数(再掲)	
合計	件

- \* 請求書枚数は分冊の数も含めて記入して下さい。
- \* 明細書件数は、県外分も含めた件数を記入して下さい。
- \* 紙レセプト分のみ記入して下さい。

<長崎県国民健康保険団体連合会事務作業用>

事務処理	受付	補筆	点検	決定	確認

受付印

審査済印

高額明細書件数	
7万点以上 10万点未満	件
10万点以上 20万点未満	件
20万点以上	件

明細書件数		
	国保	後期
県内分	件	件
県外分	件	件

備考		O			
		C			
		R			
		入			
		力			