令和　　年　　月分診療報酬等請求総括表

歯　科

＜医療機

診療年月にかかわらず、提出月の前月を記入してください。

療機関コード							

医療機関名称

紙レセプトの件数を記入してください。
※電子レセプトの件数は記入しないでください。

請求書枚数		
	国　保	後　期
県内分	枚	枚
県外分	枚	枚

紙レセプト件数	
国保合計	件
後期合計	件
総　合　計	件

２０万点以上紙レセプト	
有	無

＊ 請

＊ 紙

＊ 紙レセプト分のみ記入してください。

請求書の冊数を国保と後期、県内分と県外分に分けて記入してください。

20万点以上の紙レセプトの有無に応じどちらかに○をつけてください。

＜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

高額明細書件数	
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		OCR入力				

長崎県国民健康保険団体連合会
R04. 10版