

年 月分 学歯診療報酬総括表

3 歯

所在地(区・市・町)	医療機関コード(7桁)						

届出金融機関	該当種別に○印					支店名
	銀行	信用 金庫	信用 組合	農協	その他	

取扱医療機関の所在地
および名称開設者氏名 TEL(-)
〒

(あて先) 京都市長

給付率・区分	請求(二重枠内のみ御記入願います。)			決 定				
	件数	診療実日数	点数	件数	診療実日数	点数	金額	備考
7 割 (医療保険 京都市国保 退職分 組合国保)								
0 割 (在学証明書)								
合 計								

郵送 持参	受付日付印	内容確認印	決定印	事務確認	集計	過誤調整額		
						差引額		
						支払確定額		

年 月分 学歯調剤報酬総括表

4 調

所在地(区・市・町)	医療機関コード(7桁)

届出金融機関	該当種別に○印	支店名										
	<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>銀行</td> <td>信用 金庫</td> <td>信用 組合</td> <td>農協</td> <td>その他</td> </tr> </table>						銀行	信用 金庫	信用 組合	農協	その他	
銀行	信用 金庫	信用 組合	農協	その他								

保険薬局の所在地
および名称開設者氏名 TEL(-)

〒

(あて先) 京都市長

給付率・区分	請求(二重枠内のみ御記入願います。)			決 定				
	件数	診療実日数	点数	件数	診療実日数	点数	金額	備考
7 割 (医療保険 京都市国保 退職分 組合国保)								
0 割 (在学証明書)								
合 計								

郵送 持参	受付日付印	内容確認印	決定印	事務確認	集計	過誤調整額		
						差引額		
						支払確定額		