

平成24年 4月分

診療報酬請求書《入院外分》

保険者名

(医科・歯科)

山形市 殿

保険医療機関の所在地及び名称

下記のとおり請求する。

開設者氏名 東京都文京区本駒込9-99-9

平成24年 5月16日

医療法人 オルカ医院



保険者番号				
0	6	0	0	12

医療機関コード						
1	2	3	4	5	6	7

オルカ

TEL 00-1234-5678

FAX 00-1234-5679

国民健康保険

請 求							
療 養 の 給 付							
区 分				件数	診療実日数	点数	一部負担金 (円)
一般被保険者	70歳以上	一般 低所得	0080				
		7割	0000				
	本人	7割	0020	1	1	191	
			0060				
	6歳	8割	0040				
退職者	本人	7割	6720				
	被扶養者	7割	6760				
	6歳	8割	6740				

公費負担医療 (再掲)

請 求						
療 養 の 給 付						
法別番号 (2桁)			件数	診療実日数	点数	一部負担金 (円)

注) 以下の欄は記入しないでください。

入力番号	診療科