

平成20年 5月分

医療報酬請求書(医師・歯科)

保険者

(別記) 殿

保険医療機関の所在地及び名称 東京都文京区本駒込2-28-16
 医療法人 オルカ医院
 開設者氏名 オルカ

下記のとおり請求する。

平成20年 5月 4日

保険者番号				県番号	医療機関コード									
4	0	3	0	2	2	0	9	1	2	3	4	5	6	7

表別	
医科	1
歯科	3

国民健康保険

			療養の給付				食事療養・生活療養				
			件数	診療実日数	点数	一部負担金	件数	回数	金額	標準負担額	
一般(七〇歳以上)	請求	入院				円				円	円
		入院外	2	2	546						
	※決定	入院									
		入院外									
一般(七〇歳以上)	請求	入院									
		入院外	1	1	273						
	※決定	入院									
		入院外									
一般被保険者	請求	入院				円				円	円
		入院外	3	3	819						
	※決定	入院									
		入院外									
一般(六歳)	請求	入院									
		入院外	1	1	345						
	※決定	入院									
		入院外									
退職(本人)	請求	入院				円				円	円
		入院外									
	※決定	入院									
		入院外									
退職(被扶養者)	請求	入院									
		入院外									
	※決定	入院									
		入院外									
退職(六歳)	請求	入院				円				円	円
		入院外									
	※決定	入院									
		入院外									

注意 ※印の欄は記入しないこと。

備考 この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。