

平成20年 5月分 診療報酬請求書 (医科)

保険者

千葉県千葉市 様

下記のとおり請求する。

平成20年 5月 4日

保険医療機関の  
所在地及び名称  
電話番号  
開設者氏名

東京都文京区本駒込2-28-16

医療法人 オルカ医院

03-3946-0001  
オルカ

印

保険者番号	県番号	医療機関コード	表別
124008	10	1234567	1

区分	療 養 の 給 付					食 事 療 養 ・ 生 活 療 養				
	件数	公費分件数 (再掲)	福祉分件数 (再掲)	日数	点数	一部負担金	件数	回数	金額	標準負担額
国民 健康 保 険 (退 職 被 保 険 者)	請求① 入院									
		1			1	273				
	※決定 入院									
七〇歳以上九割	請求② 入院									
	※決定 入院									
七〇歳以上七割	請求③ 入院									
	※決定 入院									
被 保 険 者	請求④ 入院									
		1			1	4,773				
	※決定 入院									
六 歳	請求⑤ 入院									
	※決定 入院									

注1 「※決定」欄は記載しないでください。

2 公費分件数欄は公費負担医療費の件数を、福祉分件数欄は福祉医療費の件数を再掲してください。

3 「在医管または在医給を算定したレセプト」は「その他のレセプト」とは別に請求書を作成し、保険医療機関等の左部に「在」と記載してください。

退

職