

平成20年 5月分 診療報酬請求書(医科)

1
様式第八
印

保険医療機関の 東京都文京区本駒込2-28-16
所在地及び名称 医療法人 オルカ医院
電話番号 03-3946-0001
開設者氏名 オルカ

各広域連合 殿

下記のとおり請求する。
平成20年 6月21日

後期高齢者医療

| | | | |
|-----------------------|-----|---------|----------|
| 後期高齢者医療広域連合 都道府県番号 | 県番号 | 医療機関コード | 点数 表別 |
| 3901 | 12 | 1234567 | 1 |

| 入院 | | | 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 |
| 後期 高齢 | 九割 | 請求 90 | 1 | 31 | 52,743 | 44,400 | 1 | 93 | 61,070 | 24,180 |
| | | ※決定 | | | | | | | | |
| | 七割 | 請求 92 | 1 | 22 | 38,526 | 81,283 | 1 | 66 | 43,340 | 17,160 |
| | | ※決定 | | | | | | | | |

(入院用)

公費負担医療

| 区分 | | | 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 |
| 公 費 負 担 医 療 | 請求 0 | ※決定 | | | | | | | | |
| | | 請求 0 | | | | | | | | |
| | 請求 0 | ※決定 | | | | | | | | |
| | | 請求 0 | | | | | | | | |
| | 請求 0 | ※決定 | | | | | | | | |
| | | 請求 0 | | | | | | | | |
| | 請求 0 | ※決定 | | | | | | | | |
| | | 請求 0 | | | | | | | | |
| | 請求 0 | ※決定 | | | | | | | | |
| | | 請求 0 | | | | | | | | |
| | 請求 0 | ※決定 | | | | | | | | |
| | | 請求 0 | | | | | | | | |

| 区分 | 返 戻 | | | | | | 増 減 点 | | | | |
|----|-----|----|----|-------|-----|-------|-------|-----|-------|-----|-------|
| | 件数 | 日数 | 点数 | 一部負担金 | 食 事 | 標準負担額 | 増 点 | 減 点 | 一部負担金 | 食 事 | 標準負担額 |
| ※ | | | | | | | | | | | |
| 審 | | | | | | | | | | | |
| 査 | | | | | | | | | | | |
| 状 | | | | | | | | | | | |
| 況 | | | | | | | | | | | |

※欄には記入しないで下さい

| | | |
|---------|----|---|
| ※ 高額療養費 | 件数 | |
| | 金額 | 円 |