

平成22年10月分 診療報酬請求書 (医科)

No.1

保険者 (別記) 殿
下記の通り請求する。

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

平成22年10月19日

印

| 保険者番号 | 県番号 | 医療機関コード |
|----------|-----|---------|
| 18001818 | 18 | 1234567 |

国民健康保険 「請求欄」

| 区分 | 割合 | コード | 療養の給付 | | | | | 食事・生活療養 | | | |
|--------------|-----|-------------|-------|-------|----|-----------------|------------|---------|----|---------|------------|
| | | | 件数 | 診療実日数 | 点数 | 結核・精神 任意給付点数 | 一部負担金 円 | 件数 | 回数 | 金額 円 | 標準負担額 円 |
| ②③ 一般被保険者 | 入院 | 70歳以上 8割 | 257 | | | | | | | | |
| | | 7割 | 257 | | | | | | | | |
| | | 一般 割 | 251 | | | | | | | | |
| | 入院外 | 70歳以上 8割 | 258 | | | | | | | | |
| | | 7割 | 258 | | | | | | | | |
| | | 一般 7割 | 252 | 2 | 2 | 4,010 | | 2 | 6 | 3,840 | 1,560 |
| 未就 8割 | 253 | | | | | | | | | | |
| 未就 8割 | 254 | | | | | | | | | | |

②国保の空白欄はそれぞれの給付割合を記入してください。

③国保一般被保険者には国保と公費の併用分を入院・入院外別を含め集計して下さい。

任意給付のある保険者で①、②の公費分については、患者が負担する分を点数で任意給付欄に記入して下さい。

公費負担医療「請求欄」〔再掲〕

| 名称 | 番号 | 療養の給付 | | | | 食事・生活療養 | | | |
|----------|----|-------|-------|-------|-------|---------|----|----|----------------|
| | | 件数 | 診療実日数 | 点数 | 患者負担額 | 件数 | 回数 | 金額 | 標準負担額 (公費分) |
| 結核予防法34条 | ⑩ | | | | | | | | |
| 更生 | ⑮ | 2 | 2 | 2,275 | 2,000 | | | | |

「決定欄」※以下の欄は記入しないでください。

| 区分 | 割合 | コード | 件数 | 診療実日数 (日数) | 点数 (金額) | 結核・精神 任意給付点数 | 一部負担金 | | 増 | 減 | 返戻 | | | | 総計課 | 一部負担 額・標準 負担額減 |
|--------------|-----|-------------|-----|---------------|------------|-----------------|------------|---|---|---|----|----|----|----------|-----|----------------------|
| | | | | | | | 標準負担額 円 | 円 | | | 件数 | 日数 | 点数 | 負担金 円 | | |
| ②③ 一般被保険者 | 入院 | 8割 | 917 | | | | | | | | | | | | | |
| | | 70歳以上 7割 | 917 | | | | | | | | | | | | | |
| | | 食事・生活療養 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 入院外 | 一般 割 | 911 | | | | | | | | | | | | | |
| | | 食事・生活療養 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 7割 | 911 | | | | | | | | | | | | | |
| 未就 8割 | 913 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 未就 8割 | 914 | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|--------|--|--|--|--|--|--|--|---|---|--|---|--|---|
| 公費負担医療 | | | | | | | | 件 | 日 | | 額 | | 額 |
|--------|--|--|--|--|--|--|--|---|---|--|---|--|---|