

※	NO.	バッチ	科	保険者番号	簿冊
	02			010025	

県番号		医療機関コード						
2	2	1	2	3	4	5	6	7

保険者 函館市 殿  
 下記のとおり請求する。  
 平成18年11月29日

保険医療機関の  
 所在地及び名称 医療法人 オルカ医院  
 開設者氏名 オルカ  
 [電話番号] 03-3946-0001

東京都文京区本駒込2-28-16

老人保健

㊦

区分	療養の給付				食事療養・生活療養				備考
	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	
27 老人九割 請求	入院								
	入院外	2	3	12,225					
老人七割 請求	入院								
	入院外	1	2	12,069					

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 (公費分)
請求	入院							
	入院外							
請求	入院							
	入院外							
請求	入院							
	入院外							
請求	入院							
	入院外							

注意 ※印の欄には記入しないこと。公費負担医療欄は再掲すること。

高額長期疾病該当者  
 老人

件 (原) 1件