

保険者  
(別記) 殿  
下記のとおり請求する。

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19年 6月 1日

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

表別	
医科	1

			請求(療養の給付)				請求(食事療養・生活療養)				※決定
			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	療養の給付 食事療養・生活療養
老人保健	老人九割老人七割	入院	1	30	141,130	24,600 円	1	90	57,600 円	18,900 円	点
		入院									円
		入院									

(再掲)

原等	件数	件

備考	
----	--

※印欄及び以下は記入を要しません

1	2	3	4

			件数	点数	一部負担金	金額	負担額	件数	増点	件数	減点	減額
老人保健	老人九割老人七割	返入院										
		返入院										
		返入院										