

平成20年 7月分 後期高齢者医療診療報酬請求書 (医科・歯科)

(滋賀県) 後期高齢者医療広域連合 殿

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

下記のとおり請求する。

平成20年 7月22日

県番号
25

医療機関コード
1234567

在宅医療
1

後期高齢者医療

				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	
後期高齢者 (九割)	請 求	入 院	1									
		入 院 外	2	2	2	546						
	※決定	入 院	1									
		入 院 外	2									
後期高齢者 (七割)	請 求	入 院	1									
		入 院 外	2	1	1	273						
	※決定	入 院	1									
		入 院 外	2									

公 費 負 担 医 療	82	請 求	入 院	1									
			入 院 外	2	2	2	546						
		※決定	入 院	1									
			入 院 外	2									
	85	請 求	入 院	1									
			入 院 外	2	1	1	273						
		※決定	入 院	1									
			入 院 外	2									
	請 求	入 院	1										
		入 院 外	2										
	※決定	入 院	1										
		入 院 外	2										
	請 求	入 院	1										
		入 院 外	2										
	※決定	入 院	1										
		入 院 外	2										

9999 (長) 件

- 注記 1. この用紙は、A判4版さくら色上質紙(55kg)とし黒刷りして下さい。
 2. ※印の欄は、記入しないで下さい。
 3. 公費が4種類を超え、公費負担医療欄に記載できない場合は請求書を複数枚に分けてください。
 4. 福祉医療については、公費負担医療と同様に再掲し、福祉医療分を助成番号毎に合計の上、記載して下さい。
 5. 老人被爆者の場合は公費負担医療欄に19と記載し、件数、日数、点数を記載して下さい。
 6. (長) 欄は高額長期疾病に該当の件数を記載して下さい。