

平成20年 5月分 診療報酬請求書 (府内・医科)

医科	1
----	---

保険者名	室戸市	市町村 国保組合	殿
保険者番号	390021		

医療機関コード 12-3456-70

大阪市は274001と記入
堺市は275008と記入

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

開設者氏名 オルカ

電話 03-3946-0001

平成20年 5月15日

印

区	分	療 養 の 給 付			食 事 療 養 ・ 生 活 療 養			備 考			
		件数	点 数	一 部 負 担 金	件数	金 額	標 準 負 担 額				
入 院	退職者医療	公費との併用		10							
		単 独 分	6歳	8割	11						
			一 般	割	12						
	7割			13							
	国民健康保険	公費との併用		14							
		単 独 分	6歳	8割	15						
			70歳以上	一 割	16						
				7割	17						
				割	18						
			7割	19							
	入 院 外	退職者医療	公費との併用		20						
			単 独 分	6歳	8割	21					
				一 般	割	22					
		7割			23						
		国民健康保険	公費との併用		24	1	273				
			単 独 分	6歳未満	8割	25	1	345			
				70歳以上	在医総管 在医総	26					
					一 割	27					
					7割	28					
一 般				割	29						
	7割			30							
合 計		90	2	618							
※ 決 定		90									

免	件
他	1 件

免は免除証明書該当件数、他は他府県公費所持者件数を記入願います。

注 ※印は記入しないでください。