

## 後期高齢者医療診療報酬請求書（医科・歯科）

平成22年 4月分

保険医療機関の所在地 東京都文京区本駒込2-28-16

各広域連合 様

名 称 医療法人 オルカ医院

下記のとおり請求する。

開設者氏名 オルカ

印

平成22年 4月12日

保 険 者 番 号				県番号	医 療 機 関 コ ー ド											
3	9	2	1	0	0	0	0	2	8	1	2	3	4	5	6	7

請 求 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	
九 後 期 割 高 齢	請求	入院								
		入院外								
	※決定	入院								
		入院外								
七 後 期 割 高 齢	請求	入院	1	1	2,005	6,020	1	3	1,920	780
		入院外	1	1	270					
	※決定	入院								
		入院外								

請 求 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)
公 費 負 担 医 療	請求	入院							
		入院外							
	※決定	入院							
		入院外							
	請求	入院							
		入院外							
	※決定	入院							
		入院外							

備 考

備考 1 この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。  
2 表については、太線の表のみ記入してください。

※高額療養費	件数	
	金額	円