

平成24年 6月 分

診療報酬請求書

保険者番号	2 9 0 0 1 5	医療機関コード	1 2 - 3 4 5 6 - 7	表別	給付割合
保険者名	奈良市 殿	保険医療機関の所在地及び名称	東京都文京区本駒込9-99-9 医療法人 オルカ医院	医科	⑦ 8
平成24年 6月 6日	下記の通り請求する。	開設者氏名	オルカ	印	① 9 10

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	日数/回数	金額	標準負担額	
国民	七〇歳以上 一般・低所得	入院			円			円	
		入院外			円			円	
	七〇以上七割	入院			円		円	円	
		入院外			円			円	
	一般被保険者	入院	1	25	47,562	円	1 75	48,000	19,500
		入院外	1	1	189	円			
	六歳未満	入院				円		円	円
		入院外				円			円
健康	一般公費負担医療	入院			円			長期高額療養費件数	
		入院外			円				
	入院				円				
	入院外				円				
保険者	本人	入院			円		円	円	
		入院外			円			円	
	七〇以上九割	入院				円		円	
		入院外				円			円
	七〇以上七割	入院				円		円	
		入院外				円			円
	被扶養者	入院				円		円	円
		入院外				円			円
	六歳未満	入院				円		円	円
		入院外				円			円
	退職者	退職者公費負担医療	入院			円			長期高額療養費件数
			入院外			円			
入院					円				
入院外					円				

(注意) 1. 国保一般被保険者分について、請求書は給付割合別に作成してください。
2. 給付割合欄は該当箇所(数字)を○で囲んで下さい。