

平成24年 6月 分

診療報酬請求書

広域連合番号	3 9 2 9 0 0 0 2	医療機関コード	1 2 3 4 5 6 7	表別
広域連合	奈良県	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	医科
平成24年 6月 6日	下記の通り請求する。	開設者氏名	医療法人 オルカ医院 オルカ	1 印

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	
後期高齢者 九割	入院	1	25	47,562	44,400	1	75	48,000	19,500
	入院外	1	1	191					
後期高齢者 七割	入院								
	入院外								
後期高齢者医療 公費負担医療	入院								
	入院外								
	入院								
	入院外								
	入院								
	入院外								
	入院								
	入院外								

長期高額療養費件数

備 考

※ 1.請求書は各都道府県単位で作成してください。  
2.公費負担医療欄については、制度毎に記載して下さい。(再掲)