

平成20年 5月 分

診療報酬請求書 (医科)

保険者 福岡県歯科医師国保組合

保健医療機関の
所在地、名称及び
電話番号

東京都文京区本駒込2-28-16

医療法人 オルカ医院

03-3946-0001

オルカ

開設者氏名



下記のとおり請求する。

平成20年 6月10日

保 険 者 番 号	県 番 号	医 療 機 関 コ ー ド	診療科コード	診 療 科 名
4:03:02235	5	1234567		

国民健康保険

※旧総合病院等使用欄

請求	入院	入院外	療養の給付			食事療養・生活療養				備考	
			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
一般 (七〇歳以上)	請求	入院									
	請求	入院外	1	1	273						
	※決定	入院									
	※決定	入院外									
一般 (七〇歳以上七割)	請求	入院									
	請求	入院外	2	2	546						
	※決定	入院									
	※決定	入院外									
一般 被保険者	請求	入院									
	請求	入院外	3	3	819						
	※決定	入院									
	※決定	入院外									
一般 (六歳)	請求	入院									
	請求	入院外	1	1	345						
	※決定	入院									
	※決定	入院外									
退職 (本人)	請求	入院									
	請求	入院外									
	※決定	入院									
	※決定	入院外									
退職 (被扶養者)	請求	入院									
	請求	入院外									
	※決定	入院									
	※決定	入院外									
退職 (六歳)	請求	入院									
	請求	入院外									
	※決定	入院									
	※決定	入院外									

注意 ※印の欄は記入しないこと。

備考 この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。

様式第八(第二条関係)