

平成20年 5月分 診療報酬請求書 (医科・歯科)

保険者

福岡県歯科医師会保組合

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

印

下記のとおり請求する。

平成20年 6月10日

国民健康保険

様式番号	保険者番号	都道府県番号	医療機関コード
51	403022	38	1234567

区分	コード	療養の給付				食事療養・生活療養			
		件数	日数	点数	一部負担金	件数	回数	金額	標準負担額
公費負担医療 一般・退職	61	入院 請求							
		入院 決定							
	62	入院外 請求	4	4	1,092				
		入院外 決定							

様式第六の二

備考

1. 決定欄には記入しないこと。
2. 請求欄は、各区分ごとに入院・入院外別に集計して下さい。
3. 公費負担医療は、一般・退職を合計したものを再掲して下さい。
4. 月遅れの一般(70歳以上9割)は一般(70歳以上一般・低所得)へ集計して下さい。
5. 月遅れの一般(3歳未満)は一般(6歳)へ集計して下さい。
6. 月遅れの退職(70歳以上9割)は退職(本人)へ集計して下さい。
7. 月遅れの退職(70歳以上7割)は退職(被扶養者)へ集計して下さい。
8. 月遅れの退職(3歳未満)は退職(6歳)へ集計して下さい。