

# 平成23年 1月分 診療報酬請求書 (医科・歯科)

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

愛媛県後期高齢者医療〔松山市〕 殿

印

下記のとおり請求する。

様式番号	保険者番号	都道府県番号	医療機関コード
51	39382015	38	1234567

平成23年 1月15日

後期高齢者医療

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	
後期高齢者医療	後期高齢九割	入院 請求	03							
		入院 決定								
	入院外	請求	04	1	1	270				
		決定								
	後期高齢七割	入院 請求	11							
		入院 決定								
	入院外	請求	12							
		決定								

様式第八

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	後期高齢	入院 請求	63							
		入院 決定								
	入院外	請求	64	1	1	270	270			
		決定								

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. 月遅れの老人保健分を請求する場合、後期高齢者医療請求書を利用して、請求先保険者名の訂正と、保険者番号を右詰で6桁記入してください。