

平成23年 5月分

診療報酬請求書(医科・歯科)

保険者  
(別記) 殿

下記のとおり請求する。

保険者番号	県番号	医療機関コード
390013	39	1234567

保険医療機関の 東京都文京区本駒込9-99-9

所在地及び名称 医療法人 オルカ医院

開設者氏名 00-1234-5678  
オルカ

平成23年 5月19日

公費負担医療

				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	回 数	金 額	標準負担額 (公費分)
15 更生	請 求	1	入院	1	1	2,005	2,005 円				
		2	入院外	1	1	270	270				
	※ 決 定	1	入院								
		2	入院外								
	請 求	1	入院								
		2	入院外								
	※ 決 定	1	入院								
		2	入院外								

備 考

※ 高額療養費	一般被保険者	件数		退職者	件数	
		金額			金額	

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。