

平成23年 1月 分

診療報酬請求書 (医科)

各広域連合 殿

保険医療機関の
所在地及び名称
電話番号
開設者氏名

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

印

様式第八

下記のとおり請求する。

平成23年 1月15日

後期高齢者医療広域連合番号	県番号	医療機関コード	表 別	給付割
3:9:3:9:0:0:0:0	4:1	1:2:3:4:5:6:7	医科 ①	10/9 8/⑦

後期高齢者医療

請求	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	日数	金額	標準負担額
⑦ 入院										⑧ 合計
	1	1	270							
※決定	入院									件
	入院外									
請求	⑨ 入院									件
	⑩ 入院外									
※決定	入院									件
	入院外									

公費負担医療

請求	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		患者負担額	件数	日数	金額
⑮ 更生	入院									件
	入院外	1	1	270						
請求	入院									件
	入院外									
※決定	入院									件
	入院外									
請求	入院									件
	入院外									
※決定	入院									件
	入院外									
請求	入院									件
	入院外									
※決定	入院									件
	入院外									

※ 高額療養費	件数
	金額 円

備考 1.この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。
2.※印の欄は、記入しないこと。