

平成18年 7月分

診療報酬請求書(医科)

保険者 該当無し

東京都文京区本駒込2-28-16

医 保

保険医療機関の
所在地及び名称
電話番号
開設者氏名

医療法人 オルカ医院
03-3946-0001
オルカ

(別 記 殿)

㊦

下記のとおり請求する。

平成18年 8月 8日

保険者番号	県番号	医療機関コード	表 別	給付割
11111	41	1234567	医科	①
				10/8 9/⑦

老人保健

療養の給付

食事療養

請求	決定	入院	入院外	件数	診療実日数	点数	薬剤一部負担金	一部負担金	件数	日数	金額	標準負担額
⑦	請求	入院										
		入院外										
※決定	決定	入院										
		入院外										
⑨	請求	入院										
		入院外										
※決定	決定	入院										
		入院外										

公費負担医療

療養の給付

食事療養

請求	決定	入院	入院外	件数	診療実日数	点数	薬剤一部負担金	一部負担金	患者負担額	件数	日数	金額	標準負担額 (公費分)
81	請求	入院											
		入院外	1	1	324				320				
※決定	決定	入院											
		入院外											
○	請求	入院											
		入院外											
※決定	決定	入院											
		入院外											
○	請求	入院											
		入院外											
※決定	決定	入院											
		入院外											
○	請求	入院											
		入院外											
※決定	決定	入院											
		入院外											
○	請求	入院											
		入院外											
※決定	決定	入院											
		入院外											

※ 高額療養費	一般被保険者	件数	退職者	件数
		金額		金額

- 備考
- この用紙は、日本工業規格A別4番とすること。
 - ※印の欄は、記入しないこと。
 - 「一部負担金」の項は、薬剤一部負担金を除いた金額を記載すること。
 - 国保組合の請求書については給付割合別に作成してください。なお、7割以外の場合は給付割合欄の⑦に×印を付し、該当の給付割合を○で囲んでください。