

平成18年 7月分診療報酬請求書(医科)(県外分)

(宮崎県)

保険医療機関の 東京都文京区本駒込2-28-16

保険者

所在地及び名称 医療法人 オルカ医院

北海道 函館市 殿

電話番号 03-3946-0001

開設者氏名 オルカ



下記の通り請求する。

保険者番号	県番号	医療機関コード
010025	45	1234567

表別
医科 1

平成18年 7月21日

				件数	日数	点数	一部負担金	件数	日数	金額	標準負担額
			入院外	40	2	2	718				
		※決定	入院								
			入院外								
	八割	請求	入院	41							
			入院外	42	1	1	331				
		※決定	入院								
			入院外								

様式第六(第二条関係)

区分	療養の給付						食事療養			
	件数	日数	点数	一部負担金	一部負担金	件数	日数	金額	標準負担額	
公費負担医療	⑮	請求	入院	43						
			入院外	44	2	2	645			
	3割	※決定	入院							
			入院外							
	④③	請求	入院	45						
			入院外	46	1	1	327			
	1割	※決定	入院							
			入院外							
	⑳	請求	入院	47						
			入院外	48	1	1	322			
	3割	※決定	入院							
			入院外							
㉘	請求	入院	49							
		入院外	50	1	1	322				
3割	※決定	入院								
		入院外								
㉙	請求	入院	51							
		入院外	52	1	1	322				
3割	※決定	入院								
		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1. この用紙は、A列4番とすること。  
 2. ※印の欄は、記入しないこと。