

診療報酬請求書(医科)

令和 4年10月分

保険者名

函館市 殿

下記のとおり請求する。

保険医療機関の
所在地及び名称
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

オルカ

令和 4年10月19日

国民健康保険

保険者番号					県番号	医療機関コード						表別			
0	1	0	0	2	5	0	4	7	6	5	4	3	2	1	1

	療養の給付				食事療養・生活療養				
	件数 件	診療実日数 日	点数 点	一部負担金 円	件数 件	回数 回	金額 円	標準負担額 円	
国民健康保険	70歳以上 一般・低所得 8割	入							
		外	1	1	125				
	70歳以上 7割	入							
		外							
	7割	入	1	31	51,150	1	93	59,520	42,780
		外	3	12	40,350				
	6歳	入							
		外							
	8割	入							
		外	1	4	9,373				
国民健康保険 退職者医療	本人	入							
		外							
	被扶養者	入							
		外							
	6歳	入							
		外							
国民健康保険 公費負担医療費(再掲)	19 原爆一般	入	1	31	51,150	1	93	59,520	42,780
		外	1	2	250				
	51 特定疾患	入							
		外	1	1	125				
	38 肝炎治療	入							
		外	1	2	250				
	62 B型肝炎	入							
		外	1	1	8,998				
	10 結34	入							
		外	1	1	125				
	21 精神通院	入							
		外	1	1	125				
	15 更生	入							
		外	1	1	125				
28 PCR検査	入								
	外	1	1	125					

備考

※高額療養費	一般保険者	件数 金額		退職者	件数 金額	
--------	-------	----------	--	-----	----------	--

注意 ※印の欄は記入しないこと。