

令和 3年 6月分

診療報酬請求書《入院外分》

保険者名

(医科・歯科)

東根市 殿

保険医療機関の所在地及び名称

下記のとおり請求する。

開設者氏名 東京都文京区本駒込2-28-16

令和 3年 7月17日

医療法人 オルカ医院

保険者番号			
0	6	0	111

医療機関コード						
1	2	3	4	5	6	7

オルカ

TEL 03-3946-0001

FAX 03-3946-0002

国民健康保険

請 求							
療 養 の 給 付							
区 分				件数	診療実日数	点数	一部負担金 (円)
一般被保険者	70歳以上	一般 低所得	0080				
		7割	0000				
	本人 家族	7割	0020	1	1	288	
			0060				
6歳	8割	0040					
退職者	本人	7割	6720				
	被扶養者	7割	6760				
	6歳	8割	6740				

公費負担医療

請 求						
療 養 の 給 付						
法別番号 (2桁)			件数	診療実日数	点数	一部負担金 (円)

注) 以下の欄は記入しないでください。

入力番号

--