令和　３年　６月分　　診療報酬請求書《入院分》

（医科・歯科）

保険者名

東根市　殿

下記のとおり請求する。

令和　３年　７月１７日

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
TEL　03-3946-0001
FAX　03-3946-0002

保険者番号
060111

医療機関コード
1234567

国民健康保険

請求											
療養の給付								食事療養・生活療養			
区分				件数	診療実日数	点数	負担金（円）	件数	回数	金額（円）	標準負担額（円）
一般被保険者	70歳以上	一般低所得	0070								
		7割	0090								
	本人	7割	0010	1	1	2,100		1	3	1,920	1,380
	家族		0050								
	6歳	8割	0030								
退職者	本人	7割	6710								
	被扶養者	7割	6750								
	6歳	8割	6730								

公費負担医療

請求									
療養の給付						食事療養・生活療養			
法別番号（２桁）		件数	診療実日数	点数	負担金（円）	件数	回数	金額（円）	標準負担額（円）

注）以下の欄は記入しないでください。

入力番号