

別 紙

茨城県国民健康保険団体連合会 御中

住所 東京都文京区本駒込 9-9-9

開設者

氏名 開設オルカ

光 デ ィ ス ク 等 送 付 書

医療機関(薬局)コード	1 2 3 4 5 6 7 8 9		
医療機関(薬局)名称	医療法人 オルカ医院		
点数表区分	医○科 ・ D P C ・ 歯 科 ・ 調 剤		
診療(調剤)月分	平成27年 4月 診療(調剤)分		
提出年月日	平成27年 7月 9日		
媒体種類	F D	M O	C D - R
媒体枚数	枚		
備 考	※ 磁気媒体以外で同封する書類等がありましたらチェックをお願いします。		
		1. 返戻分紙レセプト _____ 件	
		2. 症状詳記	
		3. 治験概要書	
		4. その他(レントゲン写真等) ()	

※1 本送付書は、点数区分別に作成すること。

※2 点数表区分及び媒体種類については、該当に○を付すこと。