

令和 3年12月分 診療報酬請求書(医科)

保険者

北海道札幌市 様

下記のとおり請求する。

令和 3年12月 9日

保険医療機関の  
所在地及び名称  
電話番号  
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

03-3946-0001  
オルカ 開設者

保険者番号	県番号	医療機関コード	表別
010017	10	1234567	1

区分	療 養 の 給 付					食 事 療 養 ・ 生 活 療 養					
	件数	公費分件数 (再掲)	福祉分件数 (再掲)	日数	点数	一部負担金	件数	回数	金額	標準負担額	
国民 健康 保	本人七割	請求①	入院								
		入院外	1		1	288					
	七〇歳以上九割	※決定	入院								
		入院外									
	七〇歳以上七割	請求③	入院								
		入院外									
職 被 保 険 者	六 歳	請求⑤	入院								
		入院外									

注1 「※決定」欄は記載しないでください。

2 公費分件数欄は公費負担医療費の件数を、福祉分件数欄は福祉医療費の件数を再掲してください。