

平成18年 7月分 診療報酬請求書(医科)

保険者

北海道函館市 様

下記のとおり請求する。

平成18年10月17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

印

保険者番号	県番号	医療機関コード	表別
010025	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	
老人 割	請求①	入院	1		21	13,720	13,720	1	63	40,320	16,380
		入院外	2		2	718					
	※決定	入院									
		入院外									
七 割	請求②	入院									
		入院外									
	※決定	入院									
		入院外									
健 旧 老 人	請求③	入院									
		入院外									
	※決定	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。

3 「在医管または在医総を算定したレセプト」は「その他のレセプト」とは別に請求書を作成し、保険医療機関等の左部に「在」と記載してください。

4 区分の「旧老人」欄は平成14年9月診療分以前のレセプトに係わる請求がある場合に記載してください。