

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
国民健康保険 被保険者七割 被保険者割 六歳	七〇歳以上一般・低所得 請求①	入院								
		入院外								
	※決定	入院								
		入院外								
	七〇歳以上七割 請求②	入院								
		入院外								
	※決定	入院								
		入院外								
	被保険者七割 請求③	入院								
		入院外	1		1	288				
	※決定	入院								
		入院外								
被保険者割 請求④	入院									
	入院外									
※決定	入院									
	入院外									
六歳 請求⑤	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。