

令和 4 年 1 0 月 分 診療報酬請求書 (医科)

保険者  
群馬県 後期高齢者医療広域連合様

保険医療機関の所在地及び名称 東京都文京区本駒込2-28-16  
医療法人 オルカ医院  
電話番号 03-3946-0001  
開設者氏名 オルカ

下記のとおり請求する。  
令和 4 年 1 0 月 1 8 日

保険者番号				県番号	医療機関コード							表別	
3	9	1	0	1	0	1	2	3	4	5	6	7	1

後期高齢者医療

			療 養 の 給 付				食 事 療 養 ・ 生 活 療 養			
			件数	診療実日数	点数	一部負担金	件数	回数	金額	標準負担額
後 期 一 般 ・ 低 所 得 高 齢	請求 ①	入院								
		入院外	2	1	3,360					
	※決定	入院								
		入院外								
後 期 七 割 高 齢	請求 ②	入院								
		入院外	1		3,000					
	※決定	入院								
		入院外								

公費負担医療(再掲)

			療 養 の 給 付				食 事 療 養 ・ 生 活 療 養			
			件数	診療実日数	点数	一部負担金	件数	回数	金額	標準負担額
	請求	入院								
		入院外								
	※決定	入院								
		入院外								
	請求	入院								
		入院外								
	※決定	入院								
		入院外								
	請求	入院								
		入院外								
	※決定	入院								
		入院外								

備考

注1 「※決定」欄は記載しないでください。