

保険者 (別記) 殿

(医科・歯科)

所在地及び名称 医療法人 オルカ医院

開設者氏名 オルカ

電話番号 03-3946-0001

㊦

下記のとおり請求する。

平成18年11月29日

老人

保険者番号				
0	1	0	0	25

県番	医療機関コード						
2	1	2	3	4	5	6	7

表別	

給付割合			
⑦	8	9	10

診療科

			療 養 の 給 付				食 事 療 養 ・ 生 活 療 養				備 考
			件数 件	診療実日数 日	点 数 点	一 部 負 担 金 円	件数 件	回 数 回	金 額 円	標 準 負 担 額 円	
老 人 割 老 人 割	請 求	入院									
		入院外									
	※ 決 定	入院									
		入院外									
	請 求	入院									
		入院外	1	2	12,069						
	※ 決 定	入院									
		入院外									

公 費 負 担 医 療	請 求	入院								<table border="1"> <tr><td colspan="2">⑧ 件数</td></tr> <tr><td>入院</td><td>入院外</td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>	⑧ 件数		入院	入院外		
		⑧ 件数														
	入院	入院外														
	入院外															
	請 求	入院														
入院外																
請 求	入院															
	入院外															

※高額医療費		件		円
--------	--	---	--	---

※欄は記入しないこと。