

## 後期高齢者医療診療報酬請求書（医科・歯科）

令和 4年11月分

保険医療機関の所在地 東京都文京区本駒込2-28-16

各広域連合 様

名 称 医療法人 オルカ医院

下記のとおり請求する。

開設者氏名 オルカ

令和 4年11月14日

保 険 者 番 号					県番号	医 療 機 関 コ ー ド					
3	9	2	6	0	0	5	2	8	7	6	5
4	3	2	1								

請 求 区 分	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	
一般・低所得 後期高齢	請求	入院			円			円	円
		入院外	1	1	125				
	※決定	入院							
		入院外							
七割 後期高齢	請求	入院							
		入院外							
	※決定	入院							
		入院外							

請 求 区 分	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 (公費分)	
公費負担医療	請求	入院			円			円	円
		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

- 備考 1 この用紙は、A列4番とすること。  
2 表については、太線の表のみ記入してください。

※高額療養費	件数	
	金額	円