

平成20年 5月分 診療報酬請求書 (医科)

保険者 (別記) 殿
下記のとおり請求する。

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

平成20年 6月 6日

保険者番号	県番号	医療機関コード
274019	31	1234567

ⓔ 国民健康保険

印

		療 養 の 給 付				食 事 療 養				※長
		件数	診療実日数	点数	一部負担金	件数	日数	金額	標準負担額	
一般(七〇歳以上)	請求	01 入院			円			円	円	
		02 入院外	1	1	273					
	※決定	03 入院								
		04 入院外								
一般(七〇歳以上) (七割)	請求	11 入院								
		12 入院外	1	1	4,773	14,320				
	※決定	13 入院								
		14 入院外								
一般被保険者	請求	21 入院								
		22 入院外								
	※決定	23 入院								
		24 入院外								
一般(六歳)	請求	31 入院								
		32 入院外	3	3	963					
	※決定	33 入院								
		34 入院外								
退職(本人)	請求	41 入院								
		42 入院外	1	1	273					
	※決定	43 入院								
		44 入院外								
退職(被扶養者)	請求	71 入院								
		72 入院外	1	1	273					
	※決定	73 入院								
		74 入院外								
退職(六歳)	請求	81 入院								
		82 入院外	1	1	4,845					
	※決定	83 入院								
		84 入院外								

注 1 ※印の欄は記入しないこと。
2 太枠欄のみ記入して下さい。
3 「在医総管又は在総を算定したレセ」を上段に、「その他のレセ」を下段に、それぞれ該当する欄に記載して下さい。
4 「高額長期疾病」の場合は、該当件数を記載して下さい。