

令和 4年11月分

診療報酬請求書 (医科)

その2

保険者 函館市 殿

下記のとおり請求する。

令和 4年12月 9日

保険者番号	県番号	医療機関コード	診療科コード	診療科名
010025	35	7654321		

公費負担医療

※旧総合病院等使用欄

		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)
原爆一般	請求	入院	1	30	49,500	1	90	57,600	41,400
		入院外							
	※決定	入院							
		入院外							
福祉医療	請求	入院							
		入院外	1	1	125				
	※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							
	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. ※印の欄は、記入しないこと。