

令和 4年11月分

診療報酬請求書 (医科)

保険者 函館市 殿

下記のとおり請求する。

保険医療機関の
所在地、名称及び
電話番号

東京都文京区本駒込2-28-16

医療法人 オルカ医院

03-3946-0001

開設者氏名

オルカ

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
01002535	5	7654321		

国民健康保険

※旧総合病院等使用欄

			療養の給付				食事療養・生活療養				備 考
			件数	診療実日数	点数	一部負担金 円	件数	回数	金額 円	標準負担額 円	
一般 (七〇歳以上)	請求	入院									
		入院外	1	2	413						
	※決定	入院									
		入院外									
一般 (七〇歳以上七割)	請求	入院									
		入院外									
	※決定	入院									
		入院外									
一般被保険者	請求	入院	1	30	49,500	1	90	57,600	41,400		
		入院外	4	9	4,722						
	※決定	入院									
		入院外									
一般 (六歳)	請求	入院									
		入院外	1	1	363						
	※決定	入院									
		入院外									
退職 (本人)	請求	入院									
		入院外									
	※決定	入院									
		入院外									
退職 (被扶養者)	請求	入院									
		入院外									
	※決定	入院									
		入院外									
退職 (六歳)	請求	入院									
		入院外									
	※決定	入院									
		入院外									

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