

令和 4 年 1 1 月分診療報酬請求書 (医科)

保険者
(別 記) 殿

保険医療機関の 東京都文京区本駒込2-28-16
所在地及び名称 医療法人 オルカ医院
開設者氏名 オルカ
03-3946-0001

下記のとおり請求する。
令和 4 年 1 2 月 9 日

保 険 者 番 号					県 番 号		医 療 機 関 コ ー ド							表 別		
0	1	0	0	2	5	3	6	1 2 - 3 4 5 6 - 7							医科	1

国民健康保険

				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	
00	9	請求	入院									
			入院外	1	2	413						
		※決定	入院									
			入院外									
00	7	請求	入院									
			入院外									
		※決定	入院									
			入院外									
00	0	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									
00	6	請求	入院									
			入院外	1	1	363						
		※決定	入院									
			入院外									
67	0	請求	入院									
			入院外									
		※決定	入院									
			入院外									
67	1	請求	入院									
			入院外									
		※決定	入院									
			入院外									
67	6	請求	入院									
			入院外									
		※決定	入院									
			入院外									

様式第六

注意 ※印の欄は、記入しないこと。

備考 この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。