

令和 4 年 1 0 月 分 診 療 報 酬 請 求 書 (医 科 ・ 歯 科)

保険者
伊予市 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

下記のとおり請求する。

様式番号	保険者番号	県番号	医療機関コード
5 1	3 8 0 1 0 5	3 8	1 2 3 4 5 6 7

令和 4 年 1 0 月 1 9 日
国民健康保険

区 分	コ ー ド	療 養 の 給 付				食 事 療 養 ・ 生 活 療 養					
		件 数	日 数	点 数	一部負担金	件 数	回 数	金 額	標準負担額		
一 般 被 保 険 者	一般(七〇歳以上一般・低所得)	入院	請求	0 5							
			決定								
	一般(七〇歳以上一般)	入院外	請求	0 6							
			決定								
	一般(七〇歳以上七割)	入院	請求	0 7							
			決定								
		入院外	請求	0 8							
			決定								
	一般被保険者	入院	請求	0 1							
			決定								
		入院外	請求	0 2	1	1	288				
			決定								
一般(六歳)	入院	請求	0 9								
		決定									
	入院外	請求	1 0								
		決定									
退 職 者	退職(本人)	入院	請求	4 1							
			決定								
		入院外	請求	4 2							
			決定								
	退職(被扶養者)	入院	請求	4 3							
			決定								
		入院外	請求	4 4							
			決定								
退職(六歳)	入院	請求	4 9								
		決定									
	入院外	請求	5 0								
		決定									

様式第六