

平成23年 5月分

診療報酬請求書(医科・歯科)

保険者
(別記) 殿

下記のとおり請求する。

保険者番号	県番号	医療機関コード
390013	39	1234567

保険医療機関の 東京都文京区本駒込9-99-9

所在地及び名称 医療法人 オルカ医院

開設者氏名 00-1234-5678
オルカ

平成23年 5月19日

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	
1	請求	1	入院				円				円	円
		2	入院外									
	※決定	1	入院									
		2	入院外									
2	請求	1	入院									
		2	入院外									
	※決定	1	入院									
		2	入院外									
2	請求	1	入院	1	1	2,005		1	3	1,920	780	
		2	入院外	1	1	270						
	※決定	1	入院									
		2	入院外									
3	請求	1	入院									
		2	入院外									
	※決定	1	入院									
		2	入院外									
4	請求	1	入院									
		2	入院外									
	※決定	1	入院									
		2	入院外									
6	請求	1	入院									
		2	入院外									
	※決定	1	入院									
		2	入院外									
7	請求	1	入院									
		2	入院外									
	※決定	1	入院									
		2	入院外									

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。