

○ 55555

不詳

乳・障・親

診療報酬明細書(医科入院外)1社 令和 5 年 11 月 分 県番 29 医コ 1 2 - 3 4 5 6 - 7

1医科 1社 1単独 2本外

市町村		老人受	
公負①		公受①	
公負②		公受②	

保 険	7	7	7	7	7	7	7	7	
記号・番号	7 7 7 7 7 7 7 7								(枝番)

氏名	テスト フクオカ テスト 福岡	特記事項	
職務上の事由	1 男 3 昭 5 5 . 5 . 5 生		

保険医療機関の所在地及び名称  
 東京都文京区本駒込 2 - 2 8 - 1 6  
 医療法人 オルカ医院  
 03-3946-0001  
 診療科 ( 0 床)

傷病名	(1) テスト病名	診療開始日	(1) 令 5 年 1 1 月 1 6 日	転		診療実日数	保 1 日 ① 日 ② 日
-----	-----------	-------	-----------------------	---	--	-------	---------------------

11	初 診		1 回	288
12	再 診	×	回	
再 診	外来管理加算	×	回	
	時 間 外	×	回	
	休 日	×	回	
	深 夜	×	回	
13	医学管理			
14	往 診		回	
	夜 間		回	
	深夜・緊急		回	
	在宅患者訪問診療		回	
20	21 内服薬剤		単	
	内服調剤	×	回	
	22 屯服薬剤		単	
	23 外用薬剤		単	
	外用調剤	×	回	
	25 処 方	×	回	
	26 麻 毒		回	
27 調 基				
30	31 皮下筋肉内		回	
	32 静脈内		回	
	33 その他		回	
40	処 置		回	
40	薬 剤			
50	手術・麻酔		回	
50	薬 剤			
60	検 査		回	
60	薬 剤			
70	画像診断		回	
70	薬 剤			
80	処方せん		回	
80	薬 剤			

不詳  
 被保険者資格申立書 (カナ氏名) ; テスト フクオカ  
 被保険者資格申立書 (保険種別) ; 社保  
 被保険者資格申立書 (保険者等名称) ; 協会けんぽ  
 被保険者資格申立書 (住所 1) ; あいうえお  
 被保険者資格申立書 (連絡先電話番号) ; 1 2 3 - 4 5 6 - 7 8 9  
 被保険者資格申立書 (患者への連絡を行った日付) ; 令和 5 年 8 月 1 0 日

療養の給付	請求点	※ 決 定 点	一部負担金額 円	
①	288			
②			※高額 円	※公 点 ※公 点

乳・障・親 負担者番号 : 81000001

乳・障・親 受給者番号 : 1231232

乳・障・親 給付外の額 : 0 円