

令和 4年 7月分 診療報酬請求書 (医科・歯科)

保険者 100024

都道府県番号 40

医療機関コード 12-3456-7

(別記)殿

保険医療機関の 東京都文京区本駒込2-28-16

下記のとおり請求する。

所在地及び名称 医療法人 オルカ医院

令和 4年 8月 5日

電話番号 03-3946-0001

公費負担医療

開設者氏名 オルカ 開設者

		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	患者負担額	件数	回数	金額	標準負担額 (公費分)
28 PCR 検査	請求	入院								
		入院外	1	1	444					
	※決定	入院								
		入院外								
	請求	入院								
		入院外								
	※決定	入院								
		入院外								
	請求	入院								
		入院外								
	※決定	入院								
		入院外								
	請求	入院								
		入院外								
	※決定	入院								
		入院外								
	請求	入院								
		入院外								
	※決定	入院								
		入院外								

備考

(注) ※印の欄は記入しないこと。

※高額療養費	70 一般被保険者	件数		71 退職者	件数	
		金額	円		金額	円