

令和 5年11月分

診療報酬請求書 (医科・歯科)

39

都道府県番号 40

医療機関コード 12-3456-7

各広域連合 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 5年11月15日

電話番号

03-3946-0001

後期高齢者医療

開設者氏名

オルカ

| ③9 | 一般・低所得 後期高齢者医療 | 請求 ⑦入院 ⑧入院外 | 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 円 | 件数 | 回数 | 金額 円 | 標準負担額 円 | |
| | 請求 | ⑦入院 | | | | | | | | | |
| | | ⑧入院外 | 1 | 1 | 288 | | | | | | |
| | ※決定 | ⑦入院 | | | | | | | | | |
| | | ⑧入院外 | | | | | | | | | |
| | 請求 | ⑨入院 | | | | | | | | | |
| | | ⑩入院外 | | | | | | | | | |
| | ※決定 | ⑨入院 | | | | | | | | | |
| | | ⑩入院外 | | | | | | | | | |

公費負担医療

| | 請求 入院 入院外 | 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) |
| | 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

| | | |
|--------|----|---|
| ※高額療養費 | 件数 | |
| | 金額 | 円 |

(注1) ※印の欄は記入しないこと。