

平成28年10月分

診療報酬請求書(医科)

保険者 佐賀市

東京都文京区本駒込2-28-16

保険医療機関の
所在地及び名称
電話番号
開設者氏名

医療法人 オルカ医院
03-3946-0001
オルカ

(別 記) 殿

下記のとおり請求する。

平成28年11月 6日

保険者番号	県番号	医療機関コード	表 別	給付割	
410019	41	1234567	医科	①	10 8
					9 ⑦

⑩

様式第六の一

公費負担医療

			療 養 の 給 付				食 事 療 養				
			件 数	診療実日数	点 数	一部負担金	患者負担額	件 数	日 数	金 額	標準負担額 (公費分)
51	特定 負有	請求	入院								
		入院外	2	2	564	846					
81	子 ども	請求	入院	1	1	2,041	1,000				
			入院外	1	1	282	500				
		※決定	入院								
			入院外								
15	更 生	請求	入院								
			入院外	1	1	282	282				
		※決定	入院								
			入院外								
20	精 神 入 院	請求	入院	1	1	2,041	6,123	1	3	1,920	1,080
			入院外								
		※決定	入院								
			入院外								
52	小 児 特 定	請求	入院								
			入院外	1	1	282	564				
		※決定	入院								
			入院外								
21	精 神 通 院	請求	入院								
			入院外	1	1	282	282				
		※決定	入院								
			入院外								

〔備考〕

※ 高額療養費	一般被保険者	件数	退職者	件数
		金額		金額

備考 1. この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。

2. ※印の欄は、記入しないこと。

3. 国保組合の請求書については給付割合別に作成してください。なお、7割以外の場合は給付割合欄の7に⊗印を付し、該当の給付割合を○で囲んでください。