

平成28年10月分

診療報酬請求書(医科)

保険者 佐賀市

(別 記) 殿

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 医療法人 オルカ医院
 電話番号 03-3946-0001
 開設者氏名 オルカ

印

様式第六(第二条関係)

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

国民健康保険

年齢区分	請求種別	療養の給付				食事療養・生活療養				備考		
		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			
一般被保険者	七〇歳以上 ※決定	⑦ 入院								合計 長 件		
		⑧ 入院外										
	七〇歳以上七割	⑨ 入院										
		⑩ 入院外										
	一般被保険者	① 入院	2	2	4,082		2	6	3,840		2,160	
		② 入院外	6	6	1,692							
	六歳	※決定	入院									
			入院外									
		請求	③ 入院									
			④ 入院外									
		退職本人	※決定	入院								
				入院外								
退職者	七〇歳以上九割	⑦ 入院										
		⑧ 入院外										
	七〇歳以上七割	⑨ 入院										
		⑩ 入院外										
	退職被扶養者	※決定	⑤ 入院									
			⑥ 入院外									
六歳	請求	③ 入院										
		④ 入院外										
退職者	※決定	入院										
		入院外										