

令和 4 年 7 月分診療報酬等請求総括表

医科

<医療機関様用>

* 太枠内のみご記入ください。

医療機関コード	1	2	3	4	5	6	7
---------	---	---	---	---	---	---	---

医療機関名称	医療法人 オルカ医院	電話番号 03-3946-0001
--------	------------	-------------------

請求書枚数		
	国 保	後 期
県内分	枚	枚
県外分	1 枚	枚

明細書件数	
国 保 合 計	1 件
後 期 合 計	件
総 合 計	1 件

- * 請求書枚数は分冊の数も含めて記入して下さい。
- * 明細書件数は県外分も含めた件数を記入して下さい。
- * 紙レセプト分のみ記入して下さい。

8 万点以上明細書確認	
有	無

<長崎県国民健康保険団体連合会事務作業用>

事務処理	受付	補筆	点検	決定		担当者番号	受付印	審査済印

高額明細書件数				
	県内分	県外分		
8万点以上 38万点未満	国	件	国	件
	後	件	後	件
38万点以上	国	件	国	件
	後	件	後	件
		件		件

明細書件数		
	国 保	後 期
県内分	件	件
県外分	件	件

備考		OCR 入力			
----	--	-----------	--	--	--