

平成18年 7月分診療報酬請求書(医科)(県内分)

(宮崎県)

保険医療機関の 東京都文京区本駒込2-28-16

保険者

所在地及び名称 医療法人 オルカ医院

北海道 函館市 殿

電話番号 03-3946-0001

開設者氏名 オルカ

印

下記の通り請求する。

|        |     |         |
|--------|-----|---------|
| 保険者番号  | 県番号 | 医療機関コード |
| 010025 | 45  | 1234567 |

|      |
|------|
| 表別   |
| 医科 1 |

平成18年 7月21日

|  |    |     |        | 件数 | 日数 | 点数     | 一部負担金  | 件数 | 日数 | 金額     | 標準負担額  | 様式第六(第二条関係) |
|--|----|-----|--------|----|----|--------|--------|----|----|--------|--------|-------------|
|  |    |     |        |    |    |        |        |    |    |        |        |             |
|  |    |     | 入院外 40 |    |    |        |        |    |    |        |        |             |
|  |    | ※決定 | 入院     |    |    |        |        |    |    |        |        |             |
|  |    |     | 入院外    |    |    |        |        |    |    |        |        |             |
|  | 八割 | 請求  | 入院 41  | 1  | 21 | 13,720 | 27,440 | 1  | 63 | 40,320 | 16,380 |             |
|  |    |     | 入院外 42 |    |    |        |        |    |    |        |        |             |
|  |    | ※決定 | 入院     |    |    |        |        |    |    |        |        |             |
|  |    |     | 入院外    |    |    |        |        |    |    |        |        |             |

| 区分     | 療養の給付 |        |        |       | 食事療養 |    |    |       |  |
|--------|-------|--------|--------|-------|------|----|----|-------|--|
|        | 件数    | 日数     | 点数     | 一部負担金 | 件数   | 日数 | 金額 | 標準負担額 |  |
| 公費負担医療 | ○     | 請求     | 入院 43  |       |      |    |    |       |  |
|        |       |        | 入院外 44 |       |      |    |    |       |  |
|        | 割     | ※決定    | 入院     |       |      |    |    |       |  |
|        |       |        | 入院外    |       |      |    |    |       |  |
|        | ○     | 請求     | 入院 45  |       |      |    |    |       |  |
|        |       |        | 入院外 46 |       |      |    |    |       |  |
|        | 割     | ※決定    | 入院     |       |      |    |    |       |  |
|        |       |        | 入院外    |       |      |    |    |       |  |
|        | ○     | 請求     | 入院 47  |       |      |    |    |       |  |
|        |       |        | 入院外 48 |       |      |    |    |       |  |
|        | 割     | ※決定    | 入院     |       |      |    |    |       |  |
|        |       |        | 入院外    |       |      |    |    |       |  |
| ○      | 請求    | 入院 49  |        |       |      |    |    |       |  |
|        |       | 入院外 50 |        |       |      |    |    |       |  |
| 割      | ※決定   | 入院     |        |       |      |    |    |       |  |
|        |       | 入院外    |        |       |      |    |    |       |  |
| ○      | 請求    | 入院 51  |        |       |      |    |    |       |  |
|        |       | 入院外 52 |        |       |      |    |    |       |  |
| 割      | ※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 | 円 |     | 金額 | 円 |

注1. この用紙は、A列4番とすること。  
 注2. ※印の欄は、記入しないこと。