

平成22年 6月分 診療報酬請求書 (医科)

保険医療機関の所在地及び名称 東京都文京区本駒込2-28-16

各広域連合 殿

医療法人 オルカ医院

電話番号 03-3946-0001

下記のとおり請求する

開設者氏名 オルカ



平成22年 6月17日

保険者番号						県番号	医療機関コード							表別				
3	9	4	5	0	0	0	2	4	5	1	2	3	4	5	6	7	医科	1

区分	療養の給付				食事療養・生活療養				
	件数	日数	点数	一部負担金	件数	回数	金額	標準負担額	
後期高齢者医療	九割	請求	入院 01						
		請求	入院外 02						
	※決定	入院							
		入院外							
七割	請求	入院 03							
		入院外 04	1	1	270				
	※決定	入院							
		入院外							

様式第八

区分	療養の給付				食事療養・生活療養			
	件数	日数	点数	一部負担金	件数	回数	金額	標準負担額
公費負担医療	公費番号	請求	入院 05					
		請求	入院外 06					
	※決定	入院						
		入院外						
	公費番号	請求	入院 07					
		請求	入院外 08					
	※決定	入院						
		入院外						
	公費番号	請求	入院 09					
		請求	入院外 10					
	※決定	入院						
		入院外						
公費番号	請求	入院 11						
	請求	入院外 12						
※決定	入院							
	入院外							

備考

※高額療養費	件数	
	金額	円

注1. この用紙は、A列4番とすること。 2. ※印の欄は記入しないこと。  
 3. 明細書は後期高齢者医療保険者番号順に並べて提出して下さい。  
 (保険者番号 39452016、39452024..... 39454434)