

診 療 状 況 報 告 書

平成22年10月分

医療機関の住所 東京都文京区本駒込9-99-9

医療機関の名称 医療法人 オルカ医院

請求者氏名 オルカ

印
印

1. 特別措置法による通院費診療状況

	精 神 衛 生 費			
	件 数	日 数	点 数	金 額
健保本人				
健保家族				
国 保				
(一 般)	()	()	()	()
(退職本人)	()	()	()	()
(退職家族)	()	()	()	()
後期高齢者医療	2	2	567	570.0
(一部負担金)	()	()	()	()
(薬剤一部負担金)	()	()	()	()
生 活 保 護				
保険未加入者				
合 計	2	2	567	570.0

2. 特別措置法による入院費診療状況

	精 神 衛 生 費			
	件 数	日 数	点 数	金 額
健保本人				
健保家族				
国 保				
(一 般)	()	()	()	()
(退職本人)	()	()	()	()
(退職家族)	()	()	()	()
後期高齢者医療				
(一部負担金)	()	()	()	()
(薬剤一部負担金)	()	()	()	()
生 活 保 護				
合 計				

3. 総合計

	件 数	日 数	点 数	金 額
合 計	2	2	567	570.0