請求期間 令和 7年 4月15日~令和 7年 4月30日

発行日 令和 7年 5月 1日

テスト カンジャ

患者番号 00001

内科

保険種類 組合

負担割合 3 割

| テス            | ト病棟        | 1 号室  |
|---------------|------------|-------|
| $\mathcal{I}$ | 1、41人1/11代 | 1 7 7 |

2

|                    | <u> </u>            | et: | \\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\ | I I | ۸        |
|--------------------|---------------------|-----|--|-----|----------|
| 診療区分               | 名<br>*ガスターD錠10mg 1錠 | 称   | 単 価                                    | 日・回 |          |
| 汉 栄                |                     |     | 10                                     |     | 10       |
| at the last of the | *調剤料(入院)            |     | 70                                     |     | 70       |
| 入院料等               | *有床診療所入院基本料1(14日    |     | 9320                                   |     | 130, 480 |
|                    | *有床診療所入院基本料1(15日    |     | 7240                                   |     | 14, 480  |
|                    | *入院時食事療養(1)(1食につ    |     | 2070                                   |     | 33, 120  |
|                    | *食事療養標準負担額(一般)      | 3 食 | 1530                                   | 16  | 24, 480  |
|                    | 以 <sup>-</sup>      | 下余白 |  |     |          |
|                    |                     |     |  |     |          |
|                    |                     |     |  |     |          |
|                    |                     |     |  |     |          |
|                    |                     |     |  |     |          |
|                    |                     |     |  |     |          |
|                    |                     |     |  |     |          |
|                    |                     |     |  |     |          |
|                    |                     |     |  |     |          |
|                    |                     |     |  |     |          |
|                    |                     |     |  |     |          |
|                    |                     |     |  |     |          |
|                    |                     |     |  |     |          |
|                    |                     |     |  |     |          |
|                    |                     |     |  |     |          |
|                    |                     |     |  |     |          |
|                    |                     |     |  |     |          |
|                    |                     |     |  |     |          |
|                    |                     |     |  |     |          |
|                    |                     |     |  |     |          |
|                    |                     |     |  |     |          |
|                    |                     |     |  |     |          |
|                    |                     |     |  |     |          |
|                    |                     |     |  |     |          |
|                    |                     |     |  |     |          |
|                    |                     |     |  |     |          |
|                    |                     |     |  |     |          |
|                    |                     |     |  |     |          |
|                    |                     |     |  |     |          |
|                    |                     |     |  |     |          |
|                    |                     |     |  |     |          |
|                    |                     | 上十  |  |     |          |

※金額欄については10割分の表示をしております。患者一部負担金等は保険公費による負担割合分となります。 なお、端数調整のため、入院診療費請求書兼領収書の請求金額と合わない場合があります。 ※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

東京都文京区本駒込2-28-16

医療法人 オルカ医院

電話 03-3946-0001