

川越市重度心身障害者医療費請求書 (社会保険及び国民健康保険組合分)

平成22年10月27日

社会保険

国保組合

医療機関等

所在地 東京都文京区本駒込9-99-9

名称 医療法人 オルカ医院

氏名 オルカ

印

医療機関コード

1 2 3 4 5 6 7

(提出先)

川越市長

請求金額 810 円

受給者番号	診療年 月	入院 外来	日数	総点数	他法点数	一部負担金 等の額	入院時 食事療養		受給者名	診療科 (処方元医療機関)
							回数	標準 負担額		
3:3:3:3:3:3:3	22・10	1 ②	1	270		810			埼玉 テスト3	
	・	1 2								
	・	1 2								
	・	1 2								
	・	1 2								
	・	1 2								
	・	1 2								
	・	1 2								
請求 小計		1 件				810 円		円		
合計		1 件				810 円		円		

- (注) 1 この請求書は、社会保険及び国民健康保険組合(川越市国民健康保険以外)に加入している受給者について記入してください。
 2 他法点数欄には、公費点数がある場合に再掲でその点数を記入してください。
 3 一部負担金等の額欄には、3割(一部国民健康保険組合は2割)の金額を記入してください。ただし、義務教育就学前の場合は、2割の金額を記入してください。
 4 総合病院の場合は、診療科欄に診療科名を記入してください。
 5 生活療養標準負担額がある場合は、入院時食事療養欄に記入してください。