

川越市重度心身障害者医療費請求書（川越市国民健康保険分）

平成22年10月27日

市国保

医療機関コード						
1	2	3	4	5	6	7

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

(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		
2:2:2:2:2:2:2	22・10	1 ②	1	270		810			埼玉 テスト2	
	・	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、川越市国民健康保険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、公費分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。