

戸田市子ども医療費請求書

NO 1

(あて先)

請求日

平成22年 2月16日

戸 田 市 長

所在地 東京都文京区本駒込2-28-16

名称 医療法人 オルカ医院

代表者 オルカ

電話 03-3946-0001



診療区分	1 医 科 ・ 3 歯 科
	4 調 剤 ・ 5 養育医療
	6 療育医療 ・ 9 その他

医療機関コード

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

平成22年 2月分の子ども医療費を下記のとおり請求します。

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
受給資格者証番号	受診者名 生年月日		※ 加入健康保険	保険診療一部負担金	診療 年月	診療 区分	外 来	入 院	日数	保険診療総点数 ※ 他法負担	負担 割合	入院時食事療養費																																																																																							
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	埼玉 テスト1 (H20・ 5・ 5)	国保・健保・共済・ <input checked="" type="radio"/> 協余 (浦和社会保険事務所)	6,480 ^円	22. 2		1	<input checked="" type="radio"/> ②	4 ^日	3,240 ^点 ()	2	7,680 ^円 4 ^{日分}																																																																													
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	埼玉 テスト2 (H18・ 5・ 5)	国保・健保・共済・ <input checked="" type="radio"/> 協余 (全国健康保険協会埼玉)	1,620	22. 2		1	<input checked="" type="radio"/> ②	1	810 ()	2	1,920 ^円 1 ^{日分}																																																																													
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	埼玉 テスト3 (H19・ 5・ 5)	<input checked="" type="radio"/> 国保・健保・共済・協会 (川越市)	15,300	22. 2		1	<input checked="" type="radio"/> ②	10	7,650 ()	2	19,200 ^円 10 ^{日分}																																																																													
4												(. .)	国保・健保・共済・協会 ()		.		1	2		()																																																																															
5												(. .)	国保・健保・共済・協会 ()		.		1	2		()																																																																															
6												(. .)	国保・健保・共済・協会 ()		.		1	2		()																																																																															
7												(. .)	国保・健保・共済・協会 ()		.		1	2		()																																																																															
8												(. .)	国保・健保・共済・協会 ()		.		1	2		()																																																																															
9												(. .)	国保・健保・共済・協会 ()		.		1	2		()																																																																															
10												(. .)	国保・健保・共済・協会 ()		.		1	2		()																																																																															
※使用した医療保険に○を付け、国保以外はその名称を()内に記入してください。													小計	23,400 ^円	小計													28,800 ^円																																																																							
※総点数のうち結核予防法等の他法負担がある場合は、()内にその点数を()の前に法別番号を記入してください。													合計	26,330	合計													28,800																																																																							