



心身障害者医療費請求書
(前期高齢者・社保用)

保険医療機関
コ ー ド

1 2 - 3 4 5 6 - 7 0

東京都知事殿

診療年月

平成20年 6月分

下記のとおり請求いたします
平成20年 6月20日

東京都文京区本駒込2-28-16

医科	歯科	調剤	訪問
①	3	4	6

医療機関等所在地

医療法人 オルカ医院

名称 (電話)

03-3946-0001

開設者

オルカ



内 訳

障 負担者番号				保険者番号	受給者名	負担割合	入院 外来別	診療 日数	請求額	総点数 (一部負担金)	備考
受給者証	受給者番号										
8	0	1	3	0111	トウキョウ70イジョ 東京70歳以上	1割① 3割(3)	入(3) 外④	1	10,173	22,173	1
9	1	1	1						一部 12,000		
8	0	1	3			1割(1) 3割(3)	入(3) 外(4)				2
9									一部		
8	0	1	3			1割(1) 3割(3)	入(3) 外(4)				3
9									一部		
8	0	1	3			1割(1) 3割(3)	入(3) 外(4)				4
9									一部		
8	0	1	3			1割(1) 3割(3)	入(3) 外(4)				5
9									一部		
8	0	1	3			1割(1) 3割(3)	入(3) 外(4)				6
9									一部		
8	0	1	3			1割(1) 3割(3)	入(3) 外(4)				7
9									一部		
8	0	1	3			1割(1) 3割(3)	入(3) 外(4)				8
9									一部		
8	0	1	3			1割(1) 3割(3)	入(3) 外(4)				9
9									一部		
8	0	1	3			1割(1) 3割(3)	入(3) 外(4)				10
9									一部		
9 9 9 9				合計		1	件		10,173	作成者	

請求書送付先

〒 102-0072

東京都千代田区飯田橋三丁目5番1号東京区政会館5-11階
東京都国民健康保険団体連合会

- (注) 1 請求書は診療年月ごとに別用紙に記入願います。
 2 後期高齢者の請求は前期高齢者と別に請求書を作成してください。保険者番号欄を2段にし、上段に被保険者番号を記入してください。
 3 保険者番号を省略しないで記入願います。
 4 特定疾病(自己負担限度額10,000円)・更生・結核医療等に該当する場合は、備考欄に長・更・結等を記入願います。
 5 保険の自己負担が1割の場合は80136との併用はありません。