



心身障害者医療費請求書 (社保用)
[前期高齢者を除く]

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

医療機関等所在地

医療法人 オルカ医院

医科	歯科	調剤	訪問
①	3	4	6

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 (障一部負担金)	備考
受給者証	受給者番号								
80130002	0111	テストトウキョウイツ テスト東京一般	2割(2) 3割(3)	入(3) 外(4)	1	549円	273点 一部 270円	1	
8013			2割(2) 3割(3)	入(3) 外(4)		円	点 一部 円	2	
8013			2割(2) 3割(3)	入(3) 外(4)		円	点 一部 円	3	
8013			2割(2) 3割(3)	入(3) 外(4)		円	点 一部 円	4	
8013			2割(2) 3割(3)	入(3) 外(4)		円	点 一部 円	5	
8013			2割(2) 3割(3)	入(3) 外(4)		円	点 一部 円	6	
8013			2割(2) 3割(3)	入(3) 外(4)		円	点 一部 円	7	
8013			2割(2) 3割(3)	入(3) 外(4)		円	点 一部 円	8	
8013			2割(2) 3割(3)	入(3) 外(4)		円	点 一部 円	9	
8013			2割(2) 3割(3)	入(3) 外(4)		円	点 一部 円	10	
9	9	9	9	合計	1件	549円	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 保険者番号は、省略しないで記入願います。
3 特定疾病(自己負担限度額10,000円・20,000円)・更生(育成)・結核医療等に該当する場合は、備考欄に長・長2・更・育・結等を記入願います。
4 入院等で限度額適用認定証を提示した場合は、限度額適用認定証の適用区分欄(A、B、C)と同様の記載をしてください。ただし、3の適用がある場合は3の記載が優先となります。