

ひとり親家庭
 乳幼児
 義務教育就学児

医療費請求書 (社保用)

保険医療機関 コード	1 2 - 3 4 5 6 - 7 0
---------------	---------------------

区市町村長殿	診療年月	平成20年 6月分
下記のとおり請求いたします	東京都文京区本駒込2-28-16	
平成20年 6月20日	医療機関等所在地	
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	(印)

内 訳

<input checked="" type="radio"/> 親 <input checked="" type="radio"/> 乳 <input checked="" type="radio"/> 子	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					
	医療証	受給者番号															
	8	1	1	3	0	0	0	1	0111	トウキョウヒトリオヤ 東京ひとり親	1割(1) 2割(2) 3割(3)	入(3) 外(4)	1	円 549	点 273	1	
		3	3	3	3	3	3	3						一部	円 270		
	8	1	3								1割(1) 2割(2) 3割(3)	入(3) 外(4)		円	点	2	
														一部	円		
	8	1	3								1割(1) 2割(2) 3割(3)	入(3) 外(4)		円	点	3	
														一部	円		
	8	1	3								1割(1) 2割(2) 3割(3)	入(3) 外(4)		円	点	4	
														一部	円		
	8	1	3								1割(1) 2割(2) 3割(3)	入(3) 外(4)		円	点	5	
														一部	円		
	8	1	3								1割(1) 2割(2) 3割(3)	入(3) 外(4)		円	点	6	
														一部	円		
	8	1	3								1割(1) 2割(2) 3割(3)	入(3) 外(4)		円	点	7	
														一部	円		
	8	1	3								1割(1) 2割(2) 3割(3)	入(3) 外(4)		円	点	8	
														一部	円		
	8	1	3								1割(1) 2割(2) 3割(3)	入(3) 外(4)		円	点	9	
														一部	円		
	8	1	3								1割(1) 2割(2) 3割(3)	入(3) 外(4)		円	点	10	
														一部	円		
	9	9	9	9		合 計		1 件			円 549	作成者					

請求書送付先
 〒102-0072
 東京都千代田区飯田橋3-5-1
 東京都国民健康保険団体連合会
 東京区政会館5-11階

(注) 1 請求書は診療年月ごとに記入する。
 2 請求額欄は、保険等の自己負担額(1割~3割、ただし、高額療養費(多数該当を含む)が現物給付される場合は、限度額適用認定証に応じた自己負担額)から一部負担金を差し引いた額を記入する。
 3 総点数欄下段には①②③の場合是一部負担金相当額(食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額を除く)を記入する(10円未満四捨五入)
 ④「本人負担」の高額療養費(多数該当を含む)が現物給付される場合は、自己負担限度額の2/3の額(10円未満四捨五入)を、それ以外の場合は、総点数×2(1円単位まで)の額(食事療養標準負担額を除く)を、記入する。
 4 備考欄は、(ア)特定疾患(特定疾患療養受領証の自己負担限度額10,000円・20,000円)・更正医療・育成医療・結核医療・精神医療・小児慢性・都医療・前期高齢者等に該当する場合、それぞれ長・長2・更・育・結・精・慢・都・前等を記入してください。
 (イ)医科・歯科入院等において、限度額適用認定証の提示があった場合は、限度額適用認定証の適用区分欄(A、B、C)と同様の記入をしてください。ただし、(ア)及び(イ)が重複する場合は、(イ)の記載は必要ありません。