

東京都負担医療費請求書(社保用)

(妊娠中毒症用)

保険医療機関
コ ー ト

1 2 - 3 4 5 6 - 7

東京都知事 殿

診療年月

平成18年 7月 分

下記のとおり請求いたします

平成18年 7月18日

保険医療期間所在地 東京都文京区本駒込2-28-16

名称(電話)

医療法人 オルカ医院

開設者

03-3946-0001

オルカ

医科

①

印

内 訳

都 負担者番号 受給者番号	保険者番号	患者氏名	負担割合	入院別 外来	診療 日数	請求額	公費分点数	備考
8 7 1 3 1 1 1 4	0 1 1 1	テスト妊娠 テスト妊娠	3割(3)	入(3)	1	969 円	323 点	1
8 7 1 3			3割(3)	入(3)		円	点	2
8 7 1 3			3割(3)	入(3)		円	点	3
8 7 1 3			3割(3)	入(3)		円	点	4
8 7 1 3			3割(3)	入(3)		円	点	5
8 7 1 3			3割(3)	入(3)		円	点	6
8 7 1 3			3割(3)	入(3)		円	点	7
8 7 1 3			3割(3)	入(3)		円	点	8
8 7 1 3			3割(3)	入(3)		円	点	9
8 7 1 3			3割(3)	入(3)		円	点	10
999999999	合計			1 件		969 円	照会先	

請求書送付先

郵便番号
160-0023

東京都新宿区西新宿六丁目二四番一号
西新宿三井ビルディング十四階
東京都国民健康保険団体連合会

注 請求書は診療年月ごとに提出願います。
請求額は請求額欄の上段に記入願います。