

東京都負担医療費請求書

保険医療機関
コ ー ド

1 2 3 4 5 6 7

東京都知事 殿

診療・調剤年月 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

医科 ① 調剤 4

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

どちらかに○をしてください

開設者 オルカ

印

内 訳

No. 1

請求書送付先 郵便番号 東京都健康局医療サービス部医療サービス課 東京都新宿区西新宿二―八―一 電話 03 (5320) 四四五四

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 食事療養費 標準負担額	公費分点数	備考
3013111 5	0111	テスト東京都 テスト東京都	1割 2割 ③割	入(3) ・ ④外	1 日 食	970 円	322 点	1
13			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日 食	円	点	2
13			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日 食	円	点	3
13			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日 食	円	点	4
13			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日 食	円	点	5
13			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日 食	円	点	6
13			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日 食	円	点	7
13			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日 食	円	点	8
13			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日 食	円	点	9
13			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日 食	円	点	10
99999999	合計			1 件		970 円		

(注) 1 入院時食事療養費標準負担額は、食 に記入して下さい。

2 請求書は、診療・調剤年月ごとに別用紙にしてください。

3 請求書に、レセプトの(写)を添付して下さい。