

平成23年 9月 分

3	医 ①	歯 3	調 4	柔 9
---	--------	--------	--------	--------

乳 小児医療費助成事業（医 保用）請求書

都道府県コード 1 4

神奈川県市町村長 殿

医療機関コード 1 2 3 4 5 6 7

医療機関の 東京都文京区本駒込9-99-9

所在地及び名称 医療法人 オルカ医院

電話番号 00-1234-5678

開設者氏名 オルカ

印

下記のとおり請求いたします。

平成23年 9月14日

助成費用 請求先市町村番号 (公費負担者番号)				療養の給付		小児医療費助成事業 一部負担金		食事療養	
				件数	点数	件数	金額	件数	標準負担額
8114	4	00	8	1	270				
8114									
8114									
8114									
8114									
8114									
8114									
8114									
合 計				1	270				
※ 決 定									

件数の再掲欄	種 別	入外区分	件 数
	家族・入院	1	5
	就学前・入院・8割	1	3
	家族・入院外	1	6
	就学前・入院外・8割	1	4
	⑧	0	2

注1) ※欄は記入しないでください。

注2) 柔整においては、点数欄には金額を記入してください。

注3) 小児医療費助成事業一部負担金欄には、小児医療費助成制度の規定に基づき、患者から徴収した一部負担金の入院・外来の合計額を記載してください。