

平成23年 9月分

3	医 ①	歯 3	調 4	訪 6	柔 9
---	--------	--------	--------	--------	--------

障 障害者医療費助成事業（医保用）請求書

都道府県コード 14

神奈川県市町村長 殿

医療機関コード 1234567

医療機関の 東京都文京区本駒込9-9-9

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



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		障害者医療費助成事業 一部負担金		一部負担金		食事療養	
		件数	点数	件数	金額	件数	金額	件数	標準負担額
8014	4009	1	270						
8014									
8014									
8014									
8014									
8014									
8014									
8014									
合計		1	270						
※決定									

件数の再掲欄	種別	入外区分	件数	種別	入外区分	件数
	本人・入院	11		高齢者・入院7割	19	
	家族・入院	15		高齢者・入院9割	17	
	就学前・入院・8割	13		高齢者・入院外7割	10	
	本人・入院外	12	1	高齢者・入院外9割	18	
	家族・入院外	16				
	就学前・入院外・8割	14				
長	02					

注1) ※欄は記入しないでください。

注2) 訪問看護・柔整においては、点数欄には金額を記入して下さい。

注3) 障害者医療費助成事業一部負担金欄には、障害者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。