

様式1

(この欄は国保連が記入します。)

区分	係	担当	冊番
9			

平成 18 年 7 月診療分

高額受領委任払請求書
 国保連合会 様

医療・薬局機関コード	1	2	3	4	5	6	7
表別 (〇を付して下さい。)	① 医科		2 歯科		3 調剤		
医療機関及び 保険薬局名 住所 開設者氏名	東京都文京区本駒込2-28-1 6 医療法人 オルカ医院 オルカ						印

番号	区 分	申請書の枚数	受領委任額
00	国保前期高齢者 (一般・退職)	枚	円
27	国 保 老 人		
28	社 保 老 人	9	60,862
	合 計	9	60,862

00及び27の枚数はレセプト用請求書の再掲欄に記載した受領委任の件数と同じです。(受領委任のレセプト件数=申請書の枚数です。)

お願い 1 : 申請書の提出がなければ、受領委任の取り扱いをしない(レセプトに自己負担限度額の番号を記入しない)で下さい。

やむを得ない事情で提出が遅れている場合は、下段の未提出者一覧に記入して下さい。20日必着の場合に限り当月処理といたします。

なお、提出が無かった場合は、受領委任とせず改めて法定給付(一部負担金として1割又は2割)の費用を徴収してください。

2 : 申請書は、「国保前期高齢者」「国保老人」「社保老人」の順に、レセプトと同じ綴り方で市町村番号の若い順に並べます。この請求書を上のにせ一括綴じとし、診療月の翌月15日までに「国保連」に提出して下さい。

未提出者一覧

市町村名	老人保健 前期高齢者	は市町村番号 は保険者番号	氏 名	老人受給者番号 国保被保険者番号	又は	自己負担 限度額番号