

平成18年 7月分 老人(垣老)医療費助成金請求書(退職者用)

医療機関  
コード 1 2 3 4 5 6 7

大垣市長様

療養取扱機関の住所及び名称、開設者氏名

東京都文京区本駒込2-28-16

医療法人 オルカ医院

オルカ

次のとおり請求する

平成18年 8月22日

㊦

① 本人	2 家族
------	------

(該当する番号に○をつけてください)

NO.	受給者番号	氏名	入院 外来 別	総点数	結 公 費 点	精 神 負 担 数	一部負担額	備考
1	1111111	テスト大垣退職者	入 <input checked="" type="radio"/> 外	322			円 320	
2			入 外					
3			入 外					
4			入 外					
5			入 外					
6			入 外					
7			入 外					
8			入 外					
9			入 外					
10			入 外					
請 求		入 院	件					
		外 来	1 件	322			320	
※決 定		入 院	件					
		外 来	件					