

静岡市長 様

公 費 負 担 者 番 号						
8	3	2	2	0	0	10

医 療 機 関 コー ド						
1	2	3	4	5	6	7

平成22年10月分 こども医療費請求書

保険医療機関の所在地、名称及び開設者氏名
東京都文京区本駒込9-99-9

下記のとおり請求する。

医療法人 オルカ医院

オルカ

印

1. 入院		②. 通院		平成22年10月13日								
No.	受給者番号	受給者氏名	生年月日			一部負担割合	診療日数	保険総点数	窓口徴収額	入院時食事療養費		備考
			年	月	日					円	円	
1	11111111	乳幼児 テスト	1	5	05	3	1	270	500			
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
小 計			1	件		/	1	270	500			
99	合 計		1	件		/	1	270	500			

注) 1. 一部負担割合は「3」か「2」のどちらかを記入してください。 「3」 一部負担3割の保険の場合 「2」 一部負担2割の保険の場合
2. 6歳以上の未就学児の薬剤費一部負担額がある場合には、備考欄にその金額を記入してください。