

平成18年 7月18日

# 平成18年 7月分一部負担金相当額等一部助成費請求書

大阪府  市(町・村)長殿

保  
険  
医  
療  
機  
関

所在地 東京都文京区本駒込2-28-16

名称 医療法人 オルカ医院

開設者氏名 オルカ

電話 03-3946-0001

一部負担金相当額等金  円を請求します。ただし、内訳は次のとおりです。⑨

※小計欄の一部負担金から受給者負担金額を差し引いた金額を記入してください。

市町村(公費負担)番号	受給者番号	氏名	診療 年月	入・外	実日数	一部負担金	受給者負担金額	備考
27		テスト一部助成	・	入・外	1	322	322	
27			・	入・外				
27			・	入・外				
27			・	入・外				
27			・	入・外				
27			・	入・外				
27			・	入・外				
27			・	入・外				
27			・	入・外				
27			・	入・外				
27			・	入・外				
27			・	入・外				
27			・	入・外				
27			・	入・外				
27			・	入・外				
27			・	入・外				
27			・	入・外				
27			・	入・外				
小 計 欄			/	/	/	322	322	

(記入上のご注意)

- 一部負担金相当額等一部助成費請求書(以下、助成費請求書)は市町村単位で作成してください。
- 小計欄には助成費請求書1枚毎の一部負担金額及び受給者負担金額それぞれの小計を計上してください。
- 受給者負担金額は、1日に付き500円までとし、500円以下の場合は四捨五入せずに1円単位で請求してください。(1日500円/月2日)
- 医療保険に係る診療実日数を記入してください。
- 助成費請求書1枚毎に合計金額(小計欄の一部負担金額から受給者負担金額を差し引いた金額)を計上してください。
- 老人医療受給者証(法制27)の市町村と一部負担金相当額等一部助成費請求書の市町村が異なる場合(いわゆる所在地特例)は、備考欄に(特例)と記入してください。
- 請求誤りをされたときは、市町村番号、受給者番号、氏名、一部負担金額、受給者負担金額等を赤字で記入し、助成費請求書1枚毎との差し引きできる金額にとどめて、残額については次回請求に繰り延べてください。