

# ひとり親家庭医療費請求書

橋本市

長 殿

平成22年 6月24日

113-0021  
 医療機関等の所在地 東京都文京区本駒込2-28-16  
 及び名称 医療法人 オルカ医院  
 開設者氏名 オルカ

03-3946-0001

印

平成 22年 6月分のひとり親家庭医療費を下記のとおり請求します。

No	受給者番号	受給者氏名	診療月	国保 社保 の別	入院・入院外 診療日数又は入院日数	保険点数	*公費負担 金 額	薬 剤 負担金	社保の場合
1	1111111	テスト 橋本市	06	国保 社保	入院・ <input checked="" type="radio"/> 入院外 ( 日間)( 1 日)	270 点	円	円	<input checked="" type="radio"/> 本人 家族
2	2222222	テスト 橋本市	06	国保 社保	<input checked="" type="radio"/> 入院・入院外 ( 2日間)( 日)	3,550			<input checked="" type="radio"/> 本人 家族
3				国保 社保	入院・入院外 ( 日間)( 日)				本人 家族
4				国保 社保	入院・入院外 ( 日間)( 日)				本人 家族
5				国保 社保	入院・入院外 ( 日間)( 日)				本人 家族
6				国保 社保	入院・入院外 ( 日間)( 日)				本人 家族
7				国保 社保	入院・入院外 ( 日間)( 日)				本人 家族
8				国保 社保	入院・入院外 ( 日間)( 日)				本人 家族
9				国保 社保	入院・入院外 ( 日間)( 日)				本人 家族
10				国保 社保	入院・入院外 ( 日間)( 日)				本人 家族
請求額小計		2名	合計	入院 1件 入院外 1件		3,820点	11,460円	0円	
請求額合計		2名	合計	入院 1件 入院外 1件		3,820点	11,460円	0円	
*支給決定額		国保	件	点	円				
		社保	件	点	円				
振込指定金融機関						口座番号		口座名義人	
-----									

○ \*は市で記入します。