

変更 コード番号を変更した場合は、変更を○で囲んでください。

新規

初めて請求する場合は、新規を○で囲んでください。

医療機関
コード番号

1 2 - 3 4 5 6 - 7

Ⓢ 重度心身障害児者医療費請求書

和歌山市長 様

平成22年 5月26日

医療機関等の所在地及び名称 東京都文京区本駒込2-28-16

医療法人 オルカ医院

開設者氏名

オルカ

電話番号

03-3946-0001

平成22年 5月分の重度心身障害児者医療費を下記のとおり請求します。

印

受給者番号	受給者氏名	保険者番号	自己負担割合	診療月	* 入歯・外調	入院日数	総点数	薬剤一部負担金	合計金額
555555	和歌山 テスト	01300011	3割・2割・(割)	05月	入歯・外調	0日	270点 810円	0円	810円

- *印の欄は、該当するものを○で囲んでください。
- 他の公費負担を受けている場合は、自己負担がある場合のみ請求していただけます。
- 薬剤一部負担金の有無にかかわらず、合計金額も必ず記入してください。

この請求書は、医療福祉室福祉医療班へ提出してください。

この口座は、

- 今までどおりの口座である。
- 今回から変更する新規の口座である。
(該当する番号を○で囲んでください。)

振込指定銀行	普通・当座	預金口座番号	口座名義人
銀行	店		フリガナ