

入院	外○来	歯科	医療機関 コード番号	1 2 - 3 4 5 6 - 7 0
調剤	その他			

(市単) (身) 心身障害児者医療費請求書

平成22年 6月24日

紀の川市長 様

医療機関の所在地及び名称 113-0021 東京都文京区本駒込2-28-16  
 開設者氏名 医療法人 オルカ医院  
 オルカ 03-3946-0001



重度心身障害 (児) 者医療費を次の明細のとおり請求します。

受給者番号	受給者氏名 (生年月日)	診療月	診療 日数	保険者 番号	保険者証 記号・番号	自己負担割合	保険 総点数	請求額	支給決定額 (この欄は記入 しないで下さい)
11111111	テスト 和歌山 昭和23年 5月 9日	06 月	01 日	300012	あああ 123	本人・家族 3割 2割 ( 割)	1,414 点	4,242 円	円
22222222	テスト 和歌山 平成18年 1月 6日	06 月	01 日	300012	いいい 999	本人・家族 3割 2割 ( 割)	345 点	690 円	円
		月	日			本人・家族 3割 2割 ( 割)	点	円	円
		月	日			本人・家族 3割 2割 ( 割)	点	円	円
		月	日			本人・家族 3割 2割 ( 割)	点	円	円
		月	日			本人・家族 3割 2割 ( 割)	点	円	円
		月	日			本人・家族 3割 2割 ( 割)	点	円	円

振込指定銀行	預金種別	口座番号	フリガナ
			口座 名義人

合計 件数	2 件	件
合計 請求額	4,932 円	円

他の公費負担を受けている場合は、自己負担額がある場合のみ請求していただけます。  
 市町村国保加入の方の請求については、国保連合会を通じて請求お願い致します。