要領様式 第６号

乳幼

令和　１年　７月分　　乳幼児等医療費請求書（社保分）

乳幼児等医療負担者番号

9	0	3	2	0	0	1	1

乳幼児等医療負担者名　松江市　様

医療機関コード

1	2	3	4	5	6	7

令和　１年　８月１１日

区　分		件　数	日　数	点　数	一部負担金額	02長件数
入 院 ①		1	31	44,278	81,858	
入院外 ②						
公費再掲	90	1		44,278	2,000	

保険医療機関の所在地及び名称　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　　印

電話番号　０３－３９４６－０００１

「本家入外」欄
３…未就学者入院　４…未就学者外来　５…家族入院　６…家族外来

乳幼児等医療受給者番号	乳幼児等医療対象者氏名	保険者番号	被保険者証記号番号	公費負担者番号①	公費受給者番号①	診療年月	本家入外	生年月日	給付割合	特記事項	日数	保険点数	公費①点数	公費併用時乳幼児等点数	一部負担金額	公費①一部負担金額	控除額
1234567	島根　テスト	01320019				0107	3	H30. 5. 2	8	28	31	44,278			81,858		2,000