その他様式 第１号

福老　平成 １８ 年　 ７ 月分　福祉医療費請求書(社保分)

福祉医療負担者番号

9	1	3	2	0	0	0	1

福祉医療負担者名　該当無し　様

医療機関コード

1	2	3	4	5	6	7

市町村番号

2	7	3	2				

保険医療機関の所在地及び名称 東京都文京区本駒込２－２８－１
6
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１８年　７月３１日

区　分		件　数	日　数	点　数	一部負担金額	02長件数
入　院①						
入院外②		1	1	15,230		
公	91	1		15,230	12,000	
費						
再						
掲						

「本家入外」欄
７…高齢受給者９割給付入院　８…高齢受給者９割給付外来
９…高齢受給者８割給付入院　０…高齢受給者８割給付外来

福祉医療受給者番号	福祉医療対象者氏名	保険者番号	被保険者証記号番号	老人医療受給者番号	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	02長	㊦	診療科目	日数	保険点数	公費①点数	公費併用時福祉点数	一部負担金額	公費①一部負担金額	控除額
1111111	テスト福祉医療老人	0111		1111111			1807	0	S 5. 1. 1	8				1	15,230					12,000