

社会保険

医科	入院
歯科	入院外

重度心身障害者医療費請求書

平成18年 7月 診療分の医療費を下記のとおり請求します。

保険医療機関 コード	1 2 3 4 5 6 7
---------------	---------------

新十津川町 市町村長 殿

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

平成18年 7月27日

電話番号 03-3946-0001

診療科()

受給者氏名	テスト障害老人以外					保険者番号					0	1	1	1	
生年	明・大・ <input checked="" type="checkbox"/> ・平 20年生				性別	①男・2女		記号・番号							
市町村番号						受給者番号						特記事項		給付割合	
公費負担者番号①	1	8	0	1	1	1	2	受給者番号①	2					1高入・2高外	
公費負担者番号②								受給者番号②						7割・8割・9割	
療養の給付	保険	請求点数 9,630				※決定点数				薬剤一部負担金 円		一部負担金 円		診療日数	13日
	公費1	9,630												公費①	13日
	公費2													公費②	日

- (注) 1. 社会保険分のみを使用すること。
 2. 給付割合欄は、該当する割合に必ず○印をすること。
 3. 高齢受給者は、給付割合欄に高入・高外及び給付割合に○印をすること。
 4. 市町村番号、公費負担者番号1、公費負担者番号2の各受給者番号及び療養の給付欄は、診療報酬明細書の記載要領のとおり記入すること。
 5. 特記事項欄は、高額長期疾病の「02」のみ記入すること。
 6. ※印欄は記入しないこと。
 7. 編綴は、一般と老人保健別に入院、入院外の給付割合別、80公費負担番号順にすること。