

平成18年 7月 診療分ひとり親家庭等医療費請求書 (国保以外用)

点数区分	医科	①	歯科	3	調剤	4	
医療機関(薬品)コード		1 2 3 4 5 6 7					

市町村長 殿

公費負担者番号	8	6	3	3	0	0	0	1
---------	---	---	---	---	---	---	---	---

保険医療機関(薬局) 東京都文京区本駒込2-28-16
の所在地及び名称

医療法人 オルカ医院

開設者氏名

オルカ

電話番号

03-3946-0001

印

下記のとおり医療費を請求します。

平成18年 7月27日

No	診療月	受給者番号	氏名	入院・外来	給付割合	診療実日数	保険請求点数	ひとり親家庭等公費負担点数	一部負担金(円)	他法公費番号	他法一部負担金(円)	保険者番号	ページ	
													1	中
1	1	1111111	テストひとり親	入1 外②	7	1	322		500			0111		
2				入1 外2										
3				入1 外2										
4				入1 外2										
5				入1 外2										
6				入1 外2										
7				入1 外2										
8				入1 外2										
9				入1 外2										
10				入1 外2										
11				入1 外2										
12				入1 外2										
小計			1件				322		500					
合計			1件				322		500					

- ① この請求書は、国保以外の保険加入者についてレセプト1枚毎に1行記入すること。
- ② 「点数区分」欄は該当数字に○をすること。
- ③ 「診療科名」欄は、旧総合病院のみ記入すること。
- ④ 「診療月」欄は、請求月以外の請求がある場合のみ記入すること。
- ⑤ 「入院・外来」欄は該当数字に○をすること。
- ⑥ 「給付割合」欄は保険者負担割合(7割・8割等)の数字を記入すること。
- ⑦ 「ひとり親家庭等公費負担点数」欄は、他法公費負担がない場合は、記載を省略すること。
- ⑧ 「一部負担金」欄は、定額(医療機関毎)外来1回500円月2回まで、入院：1日1000円月10日までを記入すること。但し、外来500円、入院1000円に満たない場合は、患者からの徴収金額にかかわらず1円単位で記入すること。
- ⑨ 他法による公費負担がある場合は、その「他法公費番号」欄を記入するとともに、自己負担額がある場合は「他法一部負担金」欄にその額を記入すること。
- ⑩ 「合計」欄は最初のページに記入すること。
- ⑪ 訂正がある場合は、1行すべてを二本線=で抹消した上、次の行に記入すること。