

平成18年 7月診療分乳幼児医療費請求書(国保以外用)

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

市町村長 殿

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

公費負担者番号	8	5	3	3	0	0	0	1
---------	---	---	---	---	---	---	---	---

開設者氏名

オルカ



下記のとおり医療費を請求します。

電話番号

03-3946-0001

平成18年 7月27日

No	診療月	受給者番号	乳幼児氏名	生年月日	入院・外来	診療実日数	保険請求点数	診療科名		科		ページ	1頁中 1頁	
								乳幼児公費負担分点数	薬剤一部負担金(円)	他法費番号	他法一部負担金(円)	No		
1		1 1 1 1 1 1 1	テスト乳幼児	17. 4. 1	入1 外②	1	397							
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									
13					入1 外2									
14					入1 外2									
15					入1 外2									
小計			1件				397							
合計			1件				397							

- 記載事項
- 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 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。③ 点数区分欄、入院・外来欄は該当数字に○をすること。
 - ④ 乳幼児公費負担分点数欄は、他法公費負担がない場合は、記載を省略すること。
 - ⑤ 他法による公費負担がある場合は、その公費番号を記入するとともに、一部負担金を記入すること。
 - ⑥ 合計は、最初のページのみ記入すること。⑦ 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。