

(医科)	歯科	調剤	入院		入院外	
			1本人	7高入一	②本外	8高外一
			3六入		4六外	
			5家入	9高入7	6家外	0高外7

福祉医療費請求書

平成20年 6月20日

平成20年 6月分の福祉医療費（乳幼児・重度心身障害者・ひとり親家庭等）
を下記のとおり請求します。

市町村長 殿

医療機関等コード 12-3456-70

医療機関等の所在地及び名称 東京都文京区本駒込2-28-16
開設者氏名 医療法人 オルカ医院

オルカ

(印)

他公費 公費負担者番号	3 4	他公費負担医療の 受給者番号					
福祉医療 公費負担者番号	9 1 3 4 0 0 0 1	福祉医療公費負担 医療の受給者番号	1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1
受給者氏名	広島障害		(男・女) 明・大・昭・平 44年 2月 5日生				
被保険者証 記号番号	(記号)	保険種別	社会保険				
	(番号)	保険者番号				0 1 1 1	
診療実日数	1日	保険者 負担割合	(7割)	8割	9割	高 齢 者	
						一 般	
						I	II 一般
保険診療 総点数	保 險	273	点	保 險	100	円	
	公費①		点	公費①		円	
	公費②		点	公費②		円	
備 考						経過15	長 8
決 定 点 数	※		点	決 定 額	※		
					円		

- (注) 1 社保分のみを使用すること。
2 入院・入院外の欄中「本人・六歳・家族・高齢者一般・高齢者7割」の該当番号に必ず○印をすること。
(高齢受給者は高齢者に該当する。)
3 診療実日数及び保険診療総点数欄は必ず記入すること。
4 保険者負担割合の該当欄に必ず○印をすること。高齢者とは、医療保険各法による高齢受給者のこと。
「高齢受給者証」に明記されている一部負担割合が3割のときは7割に○印を、それ以外の場合は I、II又は一般のいずれかに○印をすること。
5 ※印欄は記入しないでください。