

平成18年 7月分 医療費請求書

下記のとおり請求いたしますので、下記口座へ振り込んで下さい。 平成18年 8月 4日

2. 母子家庭
 (老保適用のみ)
 ④. 心身障害者
 (老保適用のみ)
 (2.4 いずれかに○)
 坂 出 市 長 殿

医療機関コード 1 2 - 3 4 5 6 - 7
 名 称 医療法人 オルカ医院
 所 在 地 東京都文京区本駒込2-28-16
 電 話 番 号 03-3946-0001
 代表者または名義人 オルカ 印
 振込先 銀行 支店 普・当 口座番号
 ※振込先は変更がなければ記入する必要はありません。

内 訳 書

合 計 請 求 額 644

No.	受給者番号	氏 名	入外 区分	診療 科目	負担割合	処方種別	処方箋 病院名	入院 日数	医療費総点数	医療費請求金額
1	11111111	テスト坂出市老人 (S 5年 1月 1日生)	入院 外来	内科	1割・ <input checked="" type="radio"/> 2割	<input checked="" type="radio"/> 院内・院外		1	322	644
2		(年 月 日生)	入院 外来		1割・2割	院内・院外				
3		(年 月 日生)	入院 外来		1割・2割	院内・院外				
4		(年 月 日生)	入院 外来		1割・2割	院内・院外				
5		(年 月 日生)	入院 外来		1割・2割	院内・院外				
6		(年 月 日生)	入院 外来		1割・2割	院内・院外				
7		(年 月 日生)	入院 外来		1割・2割	院内・院外				
8		(年 月 日生)	入院 外来		1割・2割	院内・院外				
9		(年 月 日生)	入院 外来		1割・2割	院内・院外				
10		(年 月 日生)	入院 外来		1割・2割	院内・院外				
11		(年 月 日生)	入院 外来		1割・2割	院内・院外				
12		(年 月 日生)	入院 外来		1割・2割	院内・院外				
13		(年 月 日生)	入院 外来		1割・2割	院内・院外				
14		(年 月 日生)	入院 外来		1割・2割	院内・院外				
15		(年 月 日生)	入院 外来		1割・2割	院内・院外				
小 計		1 件								644
合 計		1 件								644

(1枚のうち 1枚目)

各受給資格毎にまとめ、1枚目に請求金額の合計をご記入下さい。
 医療機関コード、電話番号は必ずご記入下さい。
 日数の欄には、入院の場合のみ日数をご記入下さい。
 老人保健診療分(本人負担部分)は医療費請求金額欄にご記入下さい。
 本人負担割合により上限額が異なります。必ず○印をご記入下さい。
 調剤薬局は処方箋の病院ごと分けてご記入下さい。指導料など共通部分についてはお問い合わせ下さい。