

平成29年 3月 分子障親医療費請求書

医療機関
コード 1 2 - 3 4 5 6 - 7

4 0 4 0 1

殿

下記のとおり請求する。

平成29年 3月14日

保険医療機関等の 東京都文京区本駒込2-28-16

所在地及び名称 医療法人 オルカ医院

開設者氏名 オルカ

印

	保険給付別		件数	診療実日数	総点数	子・障・親 医療費給付外の額	一部負担金	備考	
	割	別							
⑤ 子ども	7	請求	2	2	564				
		※決定							
	8	請求							
		※決定							
		請求							
		※決定							
	⑥ 障害者	7	請求						
			※決定						
8		請求							
		※決定							
		請求							
		※決定							
⑨ ひとり親		7	請求	1	1	282			
			※決定						
	8	請求							
		※決定							
		請求							
		※決定							

(注) ※印の欄は記入しないでください。
この様式で国保該当者分の請求はできません。
実施者(市町村)が異なる場合は、それぞれに添付してください。