

障害者(老人保健法該当者) 一部負担金 請求書総括票
老人訪問看護基本利用料

長 殿

下記のとおり請求します。

請求日	平成18年 7月19日			
診療月	平成18年 7月分			
種 別	<input checked="" type="checkbox"/> 医 1	歯 3	調 4	訪 9
医療機関コード	1 2 - 3 4 5 6 - 7			
保険医療機関等				
所在地	東京都文京区本駒込2-28-16			
名称	医療法人 オルカ医院			
代表者名	オルカ			㊤
電話番号	03-3946-0001			

記

区 分	件 数	金 額
請 求	1 件	322 円
決 定		