

熊本市長 様

障害者（児）医療費請求書

（熊本市提出用）

医療機関番号	1 2 3 4 5 6 7
--------	---------------

平成 18 年 7 月分の重度心身障害者（児）の医療費を次のとおり請求します。

平成18年 8月 8日

東京都文京区本駒込2-28-16

医療法人 オルカ医院

保険医療機関等の
所在地及び名称

開設者氏名
電話番号

オルカ
03-3946-0001

（印）

総合計件数	総合計点数	薬剤費定額 負担額総計	公費負担 点数総計
3 件	968 点	円	点

（上記の欄は総合計ですので、1枚目のみに記入してください。）

請求明細（ 枚中の 枚目）

番号	受給資格者証記号・番号	保険者番号	患者氏名					診療 科目	以前診療分 <small>〔この請求書の該当診療月以前の診療の場合、その診療年月を記入。〕</small>	備考		
				区分	総点数		公費				薬剤費定額 負担額（円）	
					結精区分	公費負担点数	公費負担点数					公費負担点数
01	14211	0111	テスト重度社 テスト重度社	入・外	3	2	2	1・2		年 月		
02	14211	010025	テスト重度市 テスト重度市	入・外	3	2	2	1・2		年 月		
03	420111111111	010025	テスト ニュウヨウジ テスト 乳幼児	入・外	3	2	4	1・2		年 月		
04				入・外				1・2		年 月		
05				入・外				1・2		年 月		
06				入・外				1・2		年 月		
07				入・外				1・2		年 月		
08				入・外				1・2		年 月		
09				入・外				1・2		年 月		
10				入・外				1・2		年 月		
計					9	6	8					

※この請求書は高額療養費、老人保健法に該当する場合は使えません。

※診療費内訳欄の「区分」は、入・外どちらかを○で囲み「総点数」には入院時

食事療養費は含めないでください。「結精区分」は、1・・・結核予防法 2・・・精神保健福祉法です。

※診療科目欄は、①総合病院は、すべて記入してください。②総合病院以外は、歯科診療と歯科診療に伴う調剤についてのみ診療科目「50」を記入してください。

担当者名	
------	--