

熊本市長 様

ひとり親家庭等医療費請求書

(熊本市提出用)

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

平成 22 年 10 月分のひとり親家庭等医療費を次のとおり請求します。

| | | |
|--------|-----------|--------------|
| 総合計件数 | 総合計点数 | 公費負担 点数総計 |
| 4 件 | 4550 点 | 点 |

保険医療機関等の
所在地及び名称

平成22年10月21日

東京都文京区本駒込2-28-16

医療法人 オルカ医院

開設者氏名
電話番号

オルカ
03-3946-0001

(印)

(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 | 診療内訳 | | | | 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 | | | | |
| | | | | | | 公費番号 | 公費負担点数 | | | |
| 01 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 | 4 3 0 0 1 7 | クマモト テスト2 熊本 テスト2 | Ⓐ・外 | 2 0 0 5 | | | 年 月 | | |
| 02 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 | 4 3 0 0 1 7 | クマモト テスト2 熊本 テスト2 | 入・Ⓐ | 2 7 0 | | | 年 月 | | |
| 03 | 4 3 1 2 3 4 5 6 7 | 4 3 0 0 1 7 | クマモト テスト 熊本 テスト | Ⓐ・外 | 2 0 0 5 | | | 年 月 | | |
| 04 | 4 3 1 2 3 4 5 6 7 | 4 3 0 0 1 7 | クマモト テスト 熊本 テスト | 入・Ⓐ | 2 7 0 | | | 年 月 | | |
| 05 | | | | 入・外 | | | | 年 月 | | |
| 06 | | | | 入・外 | | | | 年 月 | | |
| 07 | | | | 入・外 | | | | 年 月 | | |
| 08 | | | | 入・外 | | | | 年 月 | | |
| 09 | | | | 入・外 | | | | 年 月 | | |
| 10 | | | | 入・外 | | | | 年 月 | | |
| | | | | 計 | 4 5 5 0 | | | | | |

※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。

※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 | |
|------|--|