

様式第二号 (一)

沖縄精神障害者特別措置医療費支払請求書
(病院・診療所用)

令和 1 年 5 月分 下記のとおり請求する。

令和 年 月 日

沖縄県知事 殿

医療機関の所在地及び名称
開設者氏名
東京都文京区本駒込 2-28-16
医療法人 オルカ医院

印

請求金額 510.0 円 オルカ

区分	件数	診療 実日数	点数	薬 剤 一部負担金	患者負担額	食 事 療 養 費			
						件数	日数	金額	標準負担額 (公費分)
入院	請求								
	※決定								
入院外	請求	1	1	507					
	※決定								

- 備考
- 1 この用紙はA列4番とすること。
 - 2 ※印の箇所は記入しないこと。
 - 3 「患者負担額」の項は、薬剤一部負担金を除いた金額を記入すること。