

平成30年 9月 6日

医療費自己負担額支払報告兼請求書

沖縄県国民健康保険団体連合会 殿

医療機関等番号		
県番号	点区分	医療機関コード
47	1	1234567

医療機関名称 医療法人 オルカ医院

電話番号 03-3946-0001

住所 東京都文京区本駒込2-28-16

印

医療費自己負担額支払明細書を次のとおり報告します。

事業 番号	診療年月	平成30年 8月			
報告件数・自己負担額金額計（自動償還）					
1	こども医療費		件		円
2	母子及び父子家庭等医療費		件		円
3	重度心身障がい者(児)医療費	1	件	280	円
請求件数・請求金額計（現物給付）					
6	こども医療費	1	件	714	円

※診療月の異なる報告についても、まとめて記載をお願いします。