

平成30年 8月分

医療費自己負担額支払明細書

沖縄県国民健康保険団体連合会 殿

機関区分	機関コード
①: 医療機関	1234567
2: 施術機関	

下記のとおり送付する

平成30年 9月 6日

医療機関所在地: 東京都文京区本駒込2-28-16

医療機関名称: 医療法人 オルカ医院

開設者: オルカ

電話: 03-3946-0001

印

①事業	公費番号	特記事項	受給者番号	②種別	保険者番号	氏名(カナ)	③性別	④生年月日				⑤区分	⑥割合	⑦診療年月		⑧実日数	⑨合計点数(点)	⑩自己負担支払額(円)		食事療養費(円)	備考
								号	年	月	日			号	年			月	⑪市町村負担額		
3			11111111	3	39472014	オキナワ テスト	1	3	0	3	0	3	2	1			1	282	280		

※この明細書は、沖縄県国民健康保険団体連合会に提出する。

① 事業: こども自動償還「1」、母子及び父子家庭等自動償還「2」、重度心身障がい者(児)自動償還「3」
こども現物給付「6」

② 種別: 国保「1」 社保「2」 後期「3」 ③ 性別: 男「1」、女「2」、その他「3」

④ 生年月日: 昭和「3」、平成「4」 ⑤ 区分: 入院「1」、入院外「2」

⑥ 割合: 受給者自己負担割合の「1」「2」「3」を記入する。

※請求書が2枚以上にわたる場合はNoを記入し、2枚目以降も捺印する。

⑦ 診療年月: 取扱月分のときは記入しなくてよいが、月遅れのときは記入する。

⑧ 実日数: 実際に診療のあった日数を記入する。

⑨ 合計点数: レセプトで請求する医療保険適用の総点数を記入する。

⑩ 自己負担支払額: 受給者が窓口で支払った額(保険給付分のみ)を記入する。

⑪ 市町村負担額: 現物給付した医療費助成額(市町村へ請求する額)を記入する。

(頁/総枚数)

