

令和 3年 6月分

# 社保併用山形県医療給付事業請求書

(負担者名)

上山市 殿

保険医療機関の所在地及び名称  
開設者氏名

下記のとおり請求する。

令和 3年 6月11日

東京都文京区本駒込2-28-16

〔医・歯〕  
〔調・訪〕

医療法人 オルカ医院

オルカ  
TEL 03-3946-0001  
FAX 03-3946-0002

負担者番号(下6桁)	県番号	医療機関コード
06007906	06	1234567

福祉	身(重度心身障がい(児)者医療)											
番号	81(一部負担金無)						82(一部負担金有)					
	区分			件数	点数(注1)		区分			件数	点数(注1)	一部負担金(円)
医療保険	70歳以上	一般・低所得	8180	1	288		70歳以上	一般・低所得	8280			
		7割	8100					7割	8200			
	本人	7割	8120				本人	7割	8220			
	家族	7割	8160				家族	7割	8260			
	6歳	8割	8140				6歳	8割	8240			
福祉	子(子育て支援医療)											
番号	83(一部負担金無)						84(一部負担金有)					
	区分			件数	点数(注1)		区分			件数	点数(注1)	一部負担金(円)
医療保険	家族	7割	8360				医療保険	家族	7割	8460		
		8割	8340						8割	8440		
福祉	親(ひとり親家庭等医療)											
番号	85(一部負担金無)						※入力番号					
	区分			件数	点数(注1)		区分			件数	点数(注1)	一部負担金(円)
医療保険	70歳以上	一般・低所得	8580				70歳以上	一般・低所得	8580			
		7割	8500					7割	8500			
	本人	7割	8520				本人	7割	8520			
	家族	7割	8560				家族	7割	8560			
	6歳	8割	8540				6歳	8割	8540			
注1: 訪問看護ステーションについては、「点数」欄に金額を記入してください。												
注2: ※印の欄は記入しないこと。												