

第6号様式（第5条関係）

受付番号	
------	--

子ども医療費一部負担金請求書

平成24年 7月 9日

いわき市長 様

住所（所在地） 東京都文京区本駒込9-9-9
請求者 氏名（名称及び代表者氏名） 医療法人 オルカ医院
電話番号 オルカ

印

医療機関等の番号	0	7	1	1	2	3	4	5	6	7
診療等の年月	平成24年 7月分									
請求金額	1020 円									
件数	1 件									
明細書の枚数	1 枚									
備考										