

市国保

川越市子ども医療費請求書(川越市国民健康保険分)

平成22年10月27日

\* 県コード 医療機関コード

1	1	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---

\* (提出先)  
 川越市長  
 請求金額 810 円

所在地 東京都文京区本駒込9-99-9  
 名称 医療法人 オルカ医院  
 氏名 オルカ

印

受給者番号	保険者番号	診療年 月	入院 外来	日数	総点数	他法点数	一部負担金 等の額	入院時 食事療養		受給者氏名	診療科 (処方元医療機関)
								回数	標準 負担額		
11111111	00110015	22.10	1 ②	1	270		810			埼玉 テスト	
	00110015	.	1 2								
	00110015	.	1 2								
	00110015	.	1 2								
	00110015	.	1 2								
	00110015	.	1 2								
	00110015	.	1 2								
	00110015	.	1 2								
	00110015	.	1 2								
	00110015	.	1 2								
	00110015	.	1 2								
請求	小計		1 件				810 円		円		
	合計		1 件				810 円		円		

\*の箇所には、医科の場合は「1」を、歯科は「3」、調剤薬局は「4」、柔道整復は「5」を記入してください。

- (注) 1 この請求書は川越市国民健康保険に加入している受給者について記入してください。  
 2 他法点数欄には、公費分点数がある場合に、再掲でその点数を記入してください。  
 3 一部負担金等の額欄には、2割の金額を記入してください。(端数調整は不要です。)  
 4 総合病院の場合は、診療科欄に診療科名を記入してください。