

乳 幼 児 医 療 費

ひ と り 親 家 庭 等 医 療 費 現 物 給 付 請 求 明 細 書

重 度 心 身 障 害 者 医 療 費

1 枚 1

平成18年 7月19日

市長 宛

名 称 医療法人 オルカ医院

代表者名 オルカ

	①受給者番号	②受給者氏名(カタカナ)		③ 生 年 月 日		④ 診 療		⑤ 診 療 日 数	⑥ 保 険 診 療 総 点 数 (点)	⑦ 他 法 点 数 (点)	⑧ 保 険 診 療 一 部 負 担 金 (円)		⑨ 受 給 者 自 己 負 担 金 (円)	⑩ 医 療 機 関 → 市 請 求 額 (⑧-⑨)		⑪ 診 療 科 名				
		テ	ス	ト	乳	児	社				平	成		年	月		日	年	月	日
1	0000001	テ	ス	ト	乳	児	社	平	成	年	月	日	年	月	日	点	円	円	円	円
		H	1	7	0	1	0	1												
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
小 計																				790
																				円
合 計																				790
																				円

(市提出用)