

船橋市長 あて

管理番号： 9999

船橋市母子家庭、父子家庭等医療費の助成について
下記により請求します。

医療機関住所 東京都文京区本駒込 2-28-16
電話番号 03-3946-0001
医療機関名称 医療法人 オルカ医院
及び氏名 オルカ 印

令和 1年11月 診療分 (入院用)

区分	受給者証番号 (7ケタ)	受給者の氏名	診療報酬明細書 による総医療点数	保険負担割合	入院日数	受給者負担金 200円×回数	入院時食事療養費 標準負担額	備考
1	1234567	千葉 太郎	3,626 点	1割・2割・ 3割	2日	3,620 円	2,760 円 (460 円× 6 回)	公費併用。別紙あり。 公費外 1,813点。
2			点	1割・2割・3割	日	円	(円× 回)	
3			点	1割・2割・3割	日	円	(円× 回)	
4			点	1割・2割・3割	日	円	(円× 回)	
5			点	1割・2割・3割	日	円	(円× 回)	
6			点	1割・2割・3割	日	円	(円× 回)	
7			点	1割・2割・3割	日	円	(円× 回)	
8			点	1割・2割・3割	日	円	(円× 回)	
9			点	1割・2割・3割	日	円	(円× 回)	
10			点	1割・2割・3割	日	円	(円× 回)	
計			3,626 点		2日	3,620 円	2,760 円	

注 1人の受給者で同月内に入院と外来がある場合は、区分ごとに請求書を記入してください。
1人の受給者で複数月分のご請求がある場合は、診療月毎の請求書にご記入ください。

口座変更	※振込口座の変更を希望される場合のみご記入ください。		
金融機関名	支店名 (支店コード3ケタ)	口座番号	名義人(フリガナ)
テスト銀行	テスト支店 支店 (999)	1234567890 普通・当座	テスト 太郎