

医療機関
コード

1 2 3 4 5 6 7

大垣市長 様

療養取扱機関の所在地、名称、開設者氏名及び電話番号

東京都文京区本駒込9-9-9

医療法人 オルカ医院

オルカ

111111111111



次のとおり請求する。

平成26年11月17日

70歳未満	70歳以上
-------	-------

1 健保本人	2 健保家族
③ 国保	4 国保組合

(該当するものに○をつけてください)

No.	受給者番号	氏名	入院 外来 別	総点数	結予、精神公 費負担点数	一部負担額	備考
1	1111111111	岐阜 41老人	入(外)	282		280	
2			入外				
3			入外				
4			入外				
5			入外				
6			入外				
7			入外				
8			入外				
9			入外				
10			入外				
請求		入院	件				
		外来	1件	282		280	
決定		入院	件				
		外来	件				

1. 月後れ請求分は、備考欄に診療年月を記入すること。
2. 国保組合等の請求分は、備考欄に給付割合(7割、8割、9割)を記入すること。
3. 請求書が複数枚になるときは、それぞれ合計を記入すること。