

医療費請求書

令和 3年 8月13日

- Ⓐ 子ども
- Ⓑ 障害者
- Ⓒ 母子 父子家庭
- Ⓓ 精神 障害

国保特例

社保・国保組合用

県番号	表別	医療機関番号	併設	割引
2	3	1	1 2 3 4 5 6 7	

医療機関所在地 東京都文京区本駒込9-99-9

名称 医療法人 オルカ医院

開設者氏名 オルカ
電話 00-1234-5678901

名古屋市

長殿

入院

令和 3年 5月分を下記のとおり請求いたします

1 枚の内

金額 126,600 円 請求総件数 2 件分 1 枚

番号	受給者証号	氏名	総点数	標準負担額	結点 精度	請求 割合	市町村負担額	備考
1	11111111	テスト愛知 入院1	21,000			2・1	63,000	
2	1234567	テスト愛知 入院2	21,200			2・1	63,600	
3						2・1		
4						2・1		
5						2・1		
6						2・1		
7						2・1		
8						2・1		
9						2・1		
10						2・1		
11						2・1		
12						2・1		
13						2・1		
14						2・1		
15						2・1		
16						2・1		
17						2・1		
18						2・1		
19						2・1		
20						2・1		
21						2・1		
22						2・1		
23						2・1		
24						2・1		
25						2・1		
計			2 点	42,200 円			126,600 円	

※標準負担額は、医療機関の窓口等における患者負担額を記入して下さい。
※特別退職被保険者は、その旨(特退等)を必ず備考欄に記入して下さい。
※国保特例の場合、その旨(特例)と表示市町村名を必ず備考欄に記入して下さい。
※加入保険が国保組合の場合、組合名を必ず備考欄に記入して下さい。
※月遅れ・戻戻分の再請求は診療月