

# 医療費請求書

平成27年 1月14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	0 1 2 3 4 5 6	

医療機関所在地 東京都文京区本駒込9-99-9

名古屋市

長殿

名称 医療法人 オルカ医院

開設者氏名 開設オルカ  
電話 123-456-7890

印

入院

平成27年 1月分を下記のとおり請求いたします

1 枚の内

金額 92,826 円

請求総件数 3 件分 1 枚

番号	受給者証号	氏名	総点数	標準負担額	結点	精数	請求割合	市町村負担額	備考
1	1 2 3 4 5 6 7	愛知 検証11	32,516	12,480			2・1	1,128	
2	1 2 3 4 5 6 7	愛知 検証12	32,516	11,700			2・1	91,698	子ども 30,566点
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 件	65,032 点				24,180 円	92,826 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  
 ※加入保険が国保組合の場合、その旨(特例)と表示市町村名  
 ※月遅れ・戻戻分の再請求は診療月