

福祉医療費等請求書（磁気媒体専用）

| 保険医療機関番号 | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|-----------------|---|--|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 保険医療機関名 | 医療法人 オルカ医院 ㊞ | | | | | | | | | |
| 送付年月日 | 平成20年 2月 28日 | | | | | | | | | |
| 請求年月 | 平成20年 2月 | | | | | | | | | |
| 件数合計 | 2 | | | | | | | | | |
| 請求点数合計 | 665 | | | | | | | | | |
| 福祉医療費分点数合計 | 665 | | | | | | | | | |
| 一部負担金合計 | | | | | | | | | | |
| 福祉医療費に係る一部負担金合計 | 500 | | | | | | | | | |