

用件：大阪医療費請求書

いつもお世話になっております。
大阪医療費請求書をお送りさせていただきます。
所在地と名称がくつついてる状態になってますので、訂正して
いただけませんかでしょうか。

何かご不明な点がございましたら、お問い合わせ下さい。
よろしくお願い致します。

平成15年 9月分

大阪府国民健康保険団体連合会 殿

障母乳医療費請求書

（障母乳）医療費請求書 (健保本人・家族用)

（保険医療機関）

平成15年10月 3日

所在地 名 称

開設者氏名 電 話

診療科 1

No. 3

機関
コード

提出先 大阪府国民健康保険団体連合会

公費負担番号	受給者番号	受給者氏名	被保険者証番号	入		診療年月	実日数	請求点数	公費分担率 (給付・増徴等)	業一部負担金	医療費負担率	負担率	負担率	負担率	負担率	負担率	負担率	負担率	負担率	負担率	負担率	負担率	負担率								
				本	外																										
			①	1	3	5	7	9	1	5	0	9	1	130											長						
			②	2	4	③	8	0	1	5	0	9	1												長						
			④	1	3	5	7	9	1	5	0	9	1	550											長						
			⑤	1	3	5	7	9	1	5	0	9	1	436											長						
			⑥	1	2	⑦	8	0	1	5	0	9	1	507											長						
			⑧	1	3	5	7	9	1	5	0	9	1	543											長						
			⑨	2	4	⑩	8	0	1	5	0	9	1												長						
			⑪	1	3	5	7	9	1	5	0	9	4	535											長						
			⑫	1	3	5	7	9	1	5	0	9	1	495											長						
			⑬	2	4	⑭	8	0	1	5	0	9	1												長						
			⑮	1	3	5	7	9	1	5	0	9	1	313											長						
			⑯	2	4	⑰	8	0	1	5	0	9	1												長						
			⑱	1	3	5	7	9	1	5	0	9	1	625											長						
			⑳	2	4	㉑	8	0	1	5	0	9	1												長						
			㉒	1	3	5	7	9	1	5	0	9	1	481											長						
			㉓	2	4	㉔	8	0	1	5	0	9	1												長						

※本特内は記入しなくて可い。

※面をならんと可い。

二の世帯単位は世帯単位との関係①障母、②母子、③長期医療の場合に適用し、大阪府国民健康保険団体連合会へ提出する。④障母、⑤母子、⑥長期医療の場合に適用し、大阪府国民健康保険団体連合会へ提出する。⑦障母、⑧母子、⑨長期医療の場合に適用し、大阪府国民健康保険団体連合会へ提出する。

入		
1	本人(本人入院)	
3	三人(3歳未満入院)	
5	家人(家族入院)	
7	高入(高齢受給者・老人9割給付入院)	
9	高入(高齢受給者・老人8割給付入院)	

外		
2	本外(本人外来)	
4	三外(3歳未満外来)	
5	家外(家族外来)	
8	高外(高齢受給者・老人9割給付外来)	
0	高外(高齢受給者・老人8割給付外来)	