

福祉医療費請求書

(社保用)

平成23年12月分下記のとおり請求する。

平成23年12月20日

保険
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

㊞

請求先	姫路市		市・(町)長様		保険者コード	県番号	保険医療機関コード							表別		割合																				
					289991	28	1	2	3	4	5	6	7	①	③	1	2	③																		
受給者氏名		生年月	公費負担者番号		受給者番号		診療年月	入 外	日数	点数			一部負担金		備考																					
			法別	県番号	実施主体																															
1	兵庫	テスト	4	1	3	0	5	4	7	2	8	0	0	2	0	1	1	1	1	1	1	1			①	2	1	2	0	0	5	6	0	1	5	
2	兵庫	テスト	4	1	3	0	5	4	7	2	8	0	0	2	0	1	1	1	1	1	1	1			②	2	1	2	7	0	5	4	0			
3																																				
4																																				
5																																				
6																																				
7																																				
8																																				
9																																				
10																																				
11																																				
12																																				
13																																				
14																																				
15																																				
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				
請求合計			2		件	2		日	2275			点	6555		円																					
※決定合計			2		件	2		日	2275			点	6555		円																					

(注) 市・町別・表別・割合別に作成してください。
 入・外欄の入院は「1」、外来は「2」に○印を付してください。
 点数欄は福祉医療対象点数を記入してください。
 診療年月欄には該当年月以外は必ず記載してください。
 乳幼児医療(法別80、81)、子ども医療(法別47、48)については、生年月を記載してください(例・平成15年4月生の場合、41504)
 高額長期疾病分は、受給者氏名欄左欄外に㊞と記載し、備考欄に02を記載してください。