

 高齢重度障害者医療費請求書 平成22年 4月 分下記のとおり請求する。 平成22年 4月12日		保 險 機 関 医 療 機 関	所在地		東京都文京区本駒込2-28-16														
			名称		医療法人 オルカ医院														
			開設者氏名		オルカ ㊞														
請求先	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			
			289983		28		1234567							① 3		1 2 ③			
受給者氏名		生年月		市町村番号 法別 県番号 実施主体		受給者番号		診療年月		入外 日数		点数			一部負担金 (老健)		一部負担金 (高齢身)		備考
1 兵庫 テスト2		3:18:05		2728				1 ①		1 2 0 0 5					2 0 0 0				
2 兵庫 テスト2		3:18:05		2728				1 ②		2 7 0					5 0 0				
3				2728				1 2											
4				2728				1 2											
5				2728				1 2											
6				2728				1 2											
7				2728				1 2											
8				2728				1 2											
9				2728				1 2											
10				2728				1 2											
11				2728				1 2											
12				2728				1 2											
13				2728				1 2											
14				2728				1 2											
15				2728				1 2											
16				2728				1 2											
17				2728				1 2											
18				2728				1 2											
19				2728				1 2											
20				2728				1 2											
請求合計								2 件		2275 点			円		2500 円				
※決定合計								件		点			円		円				

- (注) 1 市・町別・表別・割合別に作成してください。
 2 入・外欄の入院は「1」、外来は「2」に○印を付してください。
 3 診療年月欄には該当年月以外は必ず記載してください。
 4 点数欄は高齢重度障害者医療対象点数分のみを記載してください。(月の途中で国等の公費負担医療が適用となった場合など)
 5 一部負担金(老健)欄は、入院の一部負担金及び入院外(在総診、在医総の算定の場合及び減額又は免除を受けた場合に限り)の一部負担金を記載してください。(※減額又は免除を受けた場合は、減額後の金額を記載してください。)
 6 一部負担金(高齢身)欄は、高齢身の一部負担金を記載してください。
 7 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。
 8 旧総合病院については、備考欄に診療科目名を記載してください。