

変更)コード番号を変更した場合は、変更を○で囲んでください。

**新規**

初めて請求する場合は、新規を○で囲んでください。

医療機関  
コード番号

1 2 - 3 4 5 6 - 7

**母子家庭等医療費請求書**

和歌山市長様

平成22年 5月26日

医療機関等の所在地及び名称 東京都文京区本駒込2-28-16

開設者氏名 医療法人 オルカ医院  
オルカ

電話番号 03-3946-0001

平成22年 5月分の母子家庭等医療費を下記のとおり請求します。

印

受給者番号	受給者氏名	保険者番号	記番号	診療月	入院日数	総点数	合計金額
1111111	和歌山 テスト 昭和55年 5月 5日生	01300011	ああああ 11111	05月	1日	1,983点 5,949円	5,949円
1111111	和歌山 テスト 昭和55年 5月 5日生	01300011	ああああ 11111	05月	1日	270点 810円	810円

- \*印の欄は、該当するものを○で囲んでください。
- 他の公費負担を受けている場合は、自己負担がある場合のみ請求していただけます。
- 合計金額も必ず記入してください。

この請求書は、医療福祉室福祉医療班へ提出してください。

この口座は、

- 今までどおりの口座である。
- 今回から変更する新規の口座である。  
(該当する番号を○で囲んでください。)

振込指定銀行	普通 当座	預金口座番号	口座名義人