その他様式　第１号

福

令和　１年　７月分　　福祉医療費請求書　（県外医療機関分）

福祉医療負担者番号

9	1	3	2	0	0	1	0

福祉医療負担者名　松江市　様

医療機関コード

3	3	1	1	2	3	4	5	6	7

令和　１年　８月１２日

保険医療機関の　東京都文京区本駒込２－２８－１６
所在地及び名称　医療法人　オルカ医院
開 設 者 氏 名　オルカ
電　話　番　号　03-3946-0001　印

区　分		件　数	日　数	点　数	一部負担金額	02長件数
入 院 ①		1	31	81,898	85,620	
入院外②						
公費再掲	91	1		81,898	20,000	

「本家入外」欄
１…本人入院　２…本人外来　３…未就学者入院　４…未就学者外来　５…家族入院　６…家族外来
７…高齢受給者医療一般・低所得者入院　８…高齢受給者医療一般・低所得者外来
９…高齢受給者医療７割給付入院　０…高齢受給者医療７割給付外来

福祉医療受給者番号	福祉医療対象者氏名	保険者番号	被保険者証記号番号	公費負担者番号①	公費受給者番号①	診療年月	本家入外	生年月日	給付割合	特記事項	日数	保険点数	公費①点数	公費併用時福祉点数	一部負担金額	公費①一部負担金額	控除額
1234567	島根　テスト	01320019				0107	1	S55. 5. 5	7	28	31	81,898			85,620		20,000