

福祉医療費支給申請・請求明細書

令和 1 年 5 月診療分

①. 社 保 2. 国 保 3. 国 保 組 合	①. 一般 3. 退本 2. 老人 4. 退家	前期高齢者 9 ⑧ 7	一部負担割合 1 ② 割 3
--------------------------------	----------------------------	----------------------	-------------------------

保険者番号	0 1 3 8 0 0 1 3	被保険者証記号・番号	あいう 1 2 3			
市町村番号		老人医療受給者番号				
公費負担者番号	1 2 3 4 5 6 7 8	公費負担者医療受給者番号	1	1	1	1
患者氏名	愛媛障害長期併用		性別	男・女	生年月日	明・大・昭・平 23年 4月 15日 令
1入院	診療日数()日間 年 月 日~ 年 月 日	②外来	診療日数 (1)日間	①・2・3・4・5・6・7・8・9・10 11・12・13・14・15・16・17・18・19・20 21・22・23・24・25・26・27・28・29・30・31		
傷病名及び期間	※高額療養費(21,000円以上)に該当する時のみ記入下さい。			特定疾患等	02 29 「特記事項」欄のコードを記入。	
診療報酬請求明細内訳	総診療報酬点数					6,282 点
	他法公費種別、	精神	結核	更生	自己負担月額	円
	自己負担月額、	1	2	3		
	及び負担額	育成	特疾	その他	公費負担額	円
	4	5	6			
	請求金額					10,000 円

請求年月日 令和 1 年 5 月 1 日

医療機関コード番号	診療科コード※
1 2 3 4 5 6 7	

医療機関等 所在地 東京都文京区本駒込 2-28-16

名称 医療法人 オルカ医院テスト

氏名 オルカ 開設者

印

備考

※・・・種別欄 2.国保 3.退本 4.退家 は、月遅れ分請求時（平成15年6月診療以前分）の使用となります。
 ※・・・特定疾病に該当する場合、下記のとおり記入して下さい。
 「02長 → 02」 「16長 → 16」 「17上位 → 17」 「18一般 → 18」 「19低所 → 19」
 「26区ア → 26」 「27区イ → 27」 「28区ウ → 28」 「29区エ → 29」 「30区オ → 30」
 ※・・・請求金額に小数点以下が発生する場合は、小数点第1位の位を切り上げて円の位まで記入して下さい。
 診療科コード※欄・・・旧総合病院は診療科コード番号を記入して下さい。
 ※・・・レセプトの特記事項欄に記入の「22多上」・「23多一」・「24多低」・「31多ア」・「32多イ」・「33多ウ」・「34多エ」・「35多オ」
 は「22」「23」「24」「31」「32」「33」「34」「35」と備考欄に記入して下さい。