

福祉医療費支給申請請求明細書

愛媛県国民健康保険団体連合会 様

医療機関番号	3 8 1 1 2 3 4 5 6 7
請求機関所在地	東京都文京区本駒込2－2 8－1 6
請求機関名称	医療法人 オルカ医院
代表者名	オルカ
請求年月日	2 0 2 4 0 2 0 8

診療年月	種別	前期 高齢者	一部 負担 割合	保険者番号	記号	番号	福祉公費番号	福祉受給者番号	患者氏名（カタカナ）	性別	生年月日	他 公 費	所得 区分	特記 事項	入 外	診療 日数	総診療報酬 （点又は円）	請求金額 （円）
令 6 年 1 月	1	割	3 割	0 1 1 3 0 0 1 2	1 2 3	1 2 3 5 4 5	1 1 1 1 1 1 1 1	2 2 2 2 2 2 2	テスト タロウ	1	19800505		02	30	2	1 日	59,723	10,000
令 6 年 1 月	3	割	3 割	2 3 4 0 1 3			3 3 3 3 3 3 3 3	4 3 4 3 4 3 4	テスト ハナコ	2	19790604	1	02		2	1 日	21,386	4,296
		割	割													日		
		割	割													日		
		割	割													日		
		割	割													日		
		割	割													日		
		割	割													日		
		割	割													日		
		割	割													日		
		割	割													日		
		割	割													日		
		割	割													日		
		割	割													日		

種 別：1社保 3国保組合
所得区分：「02長 →02」「16長 →16」「26区ア→26」「27区イ→27」「28区ウ→28」「29区エ→29」「30区オ→30」
特記事項：「31多ア→31」「32多イ→32」「33多ウ→33」「34多エ→34」「35多オ→35」