

令和 4年 7月 分子障親医療費請求書

医療機関  
コード 1 2 - 3 4 5 6 - 7

4 0 0 0 1 殿

下記のとおり請求する。

令和 4年 8月 5日

保険医療機関等の 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 開設者

⑤ 子ども	保険給付別 割合	請求 ※決定	件数	診療 実日数	総点数	子・障・親 医療費給付外の額	一部負担金	備考
	7割	請求						
		※決定						
	8割	請求						
		※決定						
		請求						
		※決定						

⑥ 障害者	保険給付別 割合	請求 ※決定	件数	診療 実日数	総点数	子・障・親 医療費給付外の額	一部負担金	備考
	7割	請求						
		※決定						
	8割	請求	1	1	2,190	500		
		※決定						
		請求						
		※決定						

⑨ ひとり親	保険給付別 割合	請求 ※決定	件数	診療 実日数	総点数	子・障・親 医療費給付外の額	一部負担金	備考
	7割	請求						
		※決定						
	8割	請求						
		※決定						
		請求						
		※決定						

(注) ※印の欄は記入しないでください。  
この様式で国保該当者分の請求はできません。  
実施者(市町村)が異なる場合は、それぞれに添付してください。