

老人保健法(27障害者)一部負担金 請求書 (福岡市用)
 老人訪問看護基本利用料

平成18年 7月19日

医療機関コード 12-3456-7

(あて先) 福岡市長

所在地 東京都文京区本駒込2-28-16

保険医療機関等名 医療法人 オルカ医院

下記のとおり請求します。

代表者名 オルカ 印

記

市町村番号	27405008			
①	受給者番号	1111111	診療月	平成18年 7月診療(訪問)分
	受給者氏名 生年・性別	テスト27障害者福岡 明・大・昭 2年生(男・女)	入外区分	7.高入9 8.高外9 9.高入8 0.高外8
			請求金額	322 円
				日数 (利用回数)
				1日 (回)
				※決定・過誤
②	受給者番号		診療月	平成 年 月診療(訪問)分
	受給者氏名 生年・性別		入外区分	7.高入9 8.高外9 9.高入8 0.高外8
			請求金額	
				日数 (利用回数)
				日 (回)
				※決定・過誤
③	受給者番号		診療月	平成 年 月診療(訪問)分
	受給者氏名 生年・性別		入外区分	7.高入9 8.高外9 9.高入8 0.高外8
			請求金額	
				日数 (利用回数)
				日 (回)
				※決定・過誤
④	受給者番号		診療月	平成 年 月診療(訪問)分
	受給者氏名 生年・性別		入外区分	7.高入9 8.高外9 9.高入8 0.高外8
			請求金額	
				日数 (利用回数)
				日 (回)
				※決定・過誤
⑤	受給者番号		診療月	平成 年 月診療(訪問)分
	受給者氏名 生年・性別		入外区分	7.高入9 8.高外9 9.高入8 0.高外8
			請求金額	
				日数 (利用回数)
				日 (回)
				※決定・過誤

注：この請求書は、福岡市の対象者専用の請求書です

注：市町村番号(裏面参照)ごとに別々の請求書に記入してください。

提出先：国保連合会

注：請求の際は、福岡市各区分を一括し、指定の総括票をつけて提出してください。