

障害者(老人保健法該当者)一部負担金 請求書  
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

所在地 東京都文京区本駒込2-28-16

長 殿

保険医療機関等名 医療法人 オルカ医院

代表者名 オルカ

銀行名・支店名

振替口座番号(普・当)

記口座名義人

下記のとおり請求します。  
(金 322 円)

印

市町村番号		8	0	4	0	0	0	1	1			
①	受給者番号	1	1	1	1	1	1	1	診療月	平成18年 7月診療(訪問)分		
	受給者名 生年・性別	テスト27障害者福岡 明・大・昭 2年生(男・女)						請求金額	322 円	※ 決定・過誤		
②	受給者番号								診療月	平成 年 月診療(訪問)分		
	受給者名 生年・性別	明・大・昭 年生(男・女)						請求金額		※ 決定・過誤		
③	受給者番号								診療月	平成 年 月診療(訪問)分		
	受給者名 生年・性別	明・大・昭 年生(男・女)						請求金額		※ 決定・過誤		
④	受給者番号								診療月	平成 年 月診療(訪問)分		
	受給者名 生年・性別	明・大・昭 年生(男・女)						請求金額		※ 決定・過誤		
⑤	受給者番号								診療月	平成 年 月診療(訪問)分		
	受給者名 生年・性別	明・大・昭 年生(男・女)						請求金額		※ 決定・過誤		

- 注 1. 患者別、診療月別に1枠を使用し、入院、外来、医科、歯科は別枠とすること。  
 2. 「日数」は、入院の場合は入院日数を、外来の場合は外来日数を記入すること。  
 (「利用回数」は訪問看護ステーションの訪問看護回数を記入すること。)  
 3. 請求金額は、入院の場合、診療報酬明細書の「負担金額」欄に記入した額を記入すること。  
 外来の場合、請求点の1割又は2割に10を乗じた額を記入すること。ただし、在総診又は  
 医総を算定する場合は診療報酬明細書の「一部負担金」欄に記入した額を記入すること。