

特定疾病療養受療証保持者の自己負担分相当額申請書

平成21年 8月28日

香春町（田川郡） 長 殿

公 費 負 担 者 番 号							
1	1	1	1	1	1	1	1

金 22,115 円也 但し、平成21年 8月診療分として

上記金額を申請します。なお、その受領に関しては下記医療機関に委任します。

申請者	保険者番号 記号・番号 受給者番号 氏名	①	内 訳 区 分	期 間	給付外金額	請求金額
			入院	8月24日～24日 1日間	500 円	5,449 円
入院外	1日間	500 円	319 円			
申請者	保険者番号 400044 記号・番号 あああ111 受給者番号 1111111 氏名 福岡 テスト1 ①		内 訳 区 分	期 間	給付外金額	請求金額
入院	8月24日～24日 8月26日～27日 3日間	1,500 円	16,347 円			
入院外	日間	円	円			
申請者	保険者番号 記号・番号 受給者番号 氏名	①	内 訳 区 分	期 間	給付外金額	請求金額
入院	日間	円	円			
入院外	日間	円	円			
申請者	保険者番号 記号・番号 受給者番号 氏名	①	内 訳 区 分	期 間	給付外金額	請求金額
入院	日間	円	円			
入院外	日間	円	円			

記

受任医療機関 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
 医療機関名 医療法人 オルカ医院
 代表者名（口座名義人） オルカ（オルカ 太郎）
 銀行名・支店名 福岡 銀行 北九州 支店
 振込口座番号 (普)・当 12345678