

平成22年10月分 子ども医療費助成金請求書

医療機関等コード 1 2 3 4 5 6 7 (7桁番号)

保険医療機関等の所在地及び名称・開設者氏名
東京都文京区本駒込2-28-16

大分市市町村長 殿

公費負担番号
83440010

医療法人 オルカ医院

下記のとおり請求します。

オルカ

平成22年11月 5日

印

NO	受給資格者番号	氏名	生年月日	性別	社保	入院・外来・歯科 調剤・その他	給付 割合	日 数	法定点数 (基準額)	一部負担額 (A)	自己負担額 (B)	子ども医療費一部自己負担金		市町村 負担額 (A)+(B)-(C)	診療 年月	保険者番号 又は 保険者名	適用 区分	備考	
												日 数	一部自己負担額 (C)						
1	11111111	乳幼児 テスト	H1555	①2 男・女	1② 社・国	①・2・3・4・5 入・外・歯・調・他	3	31	57,577 ^点	150,758 ^円	^円	14	7,000 ^円	143,758 ^円		大分市	A		
2	22222222	乳幼児 テスト2	H1555	①2 男・女	1② 社・国	①・2・3・4・5 入・外・歯・調・他	3	31	57,577	83,188		14	7,000	76,188		大分市	B		
3	33333333	乳幼児 テスト3	H1555	①2 男・女	1② 社・国	①・2・3・4・5 入・外・歯・調・他	3	31	57,577	35,400		14	7,000	28,400		大分市	C		
4			H	1・2 男・女	1・2 社・国	1・2・3・4・5 入・外・歯・調・他													
5			H	1・2 男・女	1・2 社・国	1・2・3・4・5 入・外・歯・調・他													
6			H	1・2 男・女	1・2 社・国	1・2・3・4・5 入・外・歯・調・他													
7			H	1・2 男・女	1・2 社・国	1・2・3・4・5 入・外・歯・調・他													
8			H	1・2 男・女	1・2 社・国	1・2・3・4・5 入・外・歯・調・他													
9			H	1・2 男・女	1・2 社・国	1・2・3・4・5 入・外・歯・調・他													
10			H	1・2 男・女	1・2 社・国	1・2・3・4・5 入・外・歯・調・他													
11			H	1・2 男・女	1・2 社・国	1・2・3・4・5 入・外・歯・調・他													
12			H	1・2 男・女	1・2 社・国	1・2・3・4・5 入・外・歯・調・他													
13			H	1・2 男・女	1・2 社・国	1・2・3・4・5 入・外・歯・調・他													
14			H	1・2 男・女	1・2 社・国	1・2・3・4・5 入・外・歯・調・他													
15			H	1・2 男・女	1・2 社・国	1・2・3・4・5 入・外・歯・調・他													
小 計								93	172,731	269,346		42	21,000	248,346					
合 計								93	172,731	269,346		42	21,000	248,346					

(注) 自立支援医療(育成医療)等の公費負担医療を優先適用した場合に生じる受給者自己負担額を(B)に記載する。