

請求期間 令和 7年 4月15日～令和 7年 4月30日

発行日 令和 7年 5月 1日

氏名            テスト   カンジャ                                様

保險種類 組合

患者番号 00001

内科

負担割合 3割

テスト病棟 1 号室

[illegible]

※金額欄については10割分の表示をしております。患者一部負担金等は保険公費による負担割合分となります。

※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

東京都文京区本駒込 2-28-16

医療法人 オルカ医院

電話 03-3946-0001