

平成 年 月分 子ども医療費助成金請求書

医療機関等コード

(7桁番号)

保険医療機関等の所在地及び名称・開設者氏名

市町村長 殿

公費負担番号

下記のとおり請求します。

平成 年 月 日

印

No.	受給資格者番号	氏名	生年月日				性別	社保 国保	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			H				1・2 男・女	1・2 社・国	1・2・3・4・5 入・外・歯・調・他			点	円	円		円	円				
2			H				1・2 男・女	1・2 社・国	1・2・3・4・5 入・外・歯・調・他												
3			H				1・2 男・女	1・2 社・国	1・2・3・4・5 入・外・歯・調・他												
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																					
合 計																					

(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。