

(様式第7号)

医 歯 薬

平成 年 月 日

名 寄 市 長 様

医療機関等の 名称  
所在地  
開設者  
電話番号 ( 局

印  
番)

# 乳幼児医療費助成金請求書

平成 年 月分乳幼児医療費及び事務手数料を、次のとおり請求いたします。

記

区分	件数	総点数	A	B	C	A-C=D	E	D+E
			自己負担額	初診回数	一部負担金	金額	事務手数料 (210円×件数)	合計金額
		件 a	点 a×3	円	回	円	円	円
通院	3割							
	2割	b	b×2					
入院	3割	c	c×3					
	2割	d	d×2					
計								

振込金融機関

銀行 本 当  
信用金庫 支店 普

口座名義

(様式第8号)

北-21

平成 年 月分 名寄市乳幼児医療費請求内訳書

No. \_\_\_\_\_

受給者番号	被保険者証		乳幼児氏名	診療区分	点数	負担割合	初診回数	一部負担金	備考
	保険者番号	記号番号							
				入外調	点	2・3割	回	円	
				入外調		2・3割			
				入外調		2・3割			
				入外調		2・3割			
				入外調		2・3割			
				入外調		2・3割			
				入外調		2・3割			
				入外調		2・3割			
				入外調		2・3割			
				入外調		2・3割			
合計	( 件)		入院	3割	件	点	回	円	
				2割	件	点	回	円	
			外来・調剤	3割	件	点	回	円	
				2割	件	点	回	円	

※ 内訳書作成についてのお願い

- 1 診療区分・負担割合の欄は、○印で表示してください。
- 2 この内訳書は診療報酬明細書(レセプト)1枚につき1行を用い記入してください。
- 3 初診回数の欄は、初診時一部負担金の方のみ、初診回数を記入してください。(1割自己負担の方は記入しないでください。)
- 4 患者一部負担金の欄は、初診時一部負担金の額、または総医療費の1割額(入院限度額 ~~44,400~~円 通院12,000円)を記入してください。

【医療機関名: \_\_\_\_\_】